

Enrique Ruelas
Ofelia Poblano

Certificación y acreditación en los servicios de salud

Modelos,
estrategias y
logros en México
y Latinoamérica

2a. edición

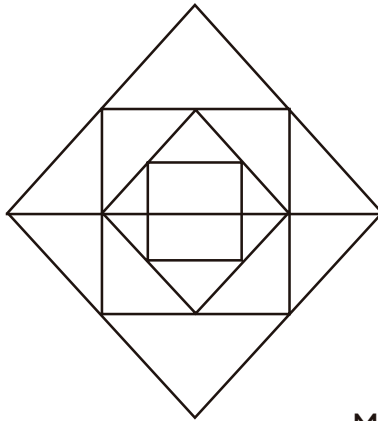


Instituto Nacional
de Salud Pública

C O L E C C I Ó N
ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD

CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD.
MODELOS, ESTRATEGIAS Y LOGROS EN MÉXICO
Y LATINOAMÉRICA

Certificación y
acreditación
en los servicios
de salud



Modelos,
estrategias y
logros en México
y Latinoamérica

Enrique Ruelas
Ofelia Poblano

Segunda edición

**Certificación y acreditación en los servicios de salud.
Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica**

Segunda edición, 2007

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-970-9874-29-7

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio –electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera– sin permiso previo por escrito del Instituto Nacional de Salud Pública.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the National Institute of Public Health, Mexico.

EDITORES

Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General, México

Ofelia Poblano Verástegui

Asesora en Calidad de la Atención a la Salud, México

AUTORES

Manuel Aguilar Romo

Director de Gestión de Servicios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en Guanajuato, México

Octavio Castillo y López

Presidente del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, México

Manuel de la Llata Romero

Coordinador General del Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE), México

Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez

Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina, México

Jose Luis Hernández Olvera

Subdirector de Calidad de la Atención Médica, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, México

Mercedes Juan López

Comisionada de Operación Sanitaria. COFEPRIS, México

Ma. Elena López Núñez

Directora, Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Costa Rica

Ana Ma. Malik

Fundación Getulio Vargas, Brasil

Norma Orjuela de Deeb

Centro de Gestión Hospitalaria, Colombia

Antonia Indahita Rodríguez

Asesora en Calidad de la Atención a la Salud, México

Guillermo Soberón Acevedo

Presidente del Consejo, Comisión Nacional de Bioética, México

Julio Sotelo Morales

Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, México

Jorge Antonio Malpica y Rincón

Encargado del Despacho de la Subdirección de Cultura de Calidad, Secretaría de Salud, México

ÍNDICE

AUTORES	7
PRÓLOGO	11
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	13
PRESENTACIÓN	15
CAPÍTULO 1	
EL CONTEXTO INTERNACIONAL: ÁMBITOS, MODELOS Y TENDENCIAS	19
CAPÍTULO 2	
¿QUÉ ES EL SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN EXTERNA?	63
CAPÍTULO 3	
LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO: DESARROLLO Y PERSPECTIVAS	75
CAPÍTULO 4	
LA ACREDITACIÓN DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA	91
CAPÍTULO 5	
LA CERTIFICACIÓN DE MÉDICOS EN MÉXICO	111
CAPÍTULO 6	
LA CERTIFICACIÓN DE MÉDICOS GENERALES EN MÉXICO	129
CAPÍTULO 7	
LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS PARA EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN MÉXICO	137

CAPÍTULO 8	
LA EVALUACIÓN Y LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA, 1998-2005	157
CAPÍTULO 9	
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DEL SECTOR	175
CAPÍTULO 10	
BRASIL, LA LIBRE ELECCIÓN ENTRE MODELOS	183
CAPÍTULO 11	
IMPACTO DE LA CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA FORMACIÓN EN SALUD EN MÉXICO	209

PRÓLOGO

JULIO FRENK MORA

El lector de este libro realizará un interesante recorrido por los modelos de evaluación de la calidad con fines de acreditación / certificación de los servicios de salud que se han desarrollado en más de 50 años, tanto en México como en otros países, en especial latinoamericanos. La información contenida en sus páginas da una pauta para conocer, a través de lecciones aprendidas, cómo han evolucionado la acreditación y la certificación en el campo de la salud.

Los logros de los esfuerzos encaminados a garantizar la calidad de la atención a través de la evaluación externa, sea que provengan de la sociedad civil, de colegios médicos o de las autoridades en materia de salud se analizan para ofrecer al lector un panorama general de lo que es posible esperar con la implantación de esta estrategia. En particular para nuestro país, se destaca la importancia de la certificación de médicos especialistas y generales; de la acreditación de facultades y escuelas de medicina, y de la certificación de establecimientos de atención médica.

La colaboración de reconocidos actores en el sector salud durante los últimos 50 años, así como de expertos en el tema de Brasil, Colombia y Costa Rica enriquecen un documento que lleva al lector de la descripción al análisis de las experiencias y a la propuesta de mejoras para que la evaluación externa alcance sus objetivos.

La edición de este libro ha sido una labor que no se hubiera logrado sin la espléndida participación de todos los invitados, quienes encontraron la forma de distraer su ocupada agenda para compartir y analizar su experiencia en el campo de la acreditación y la certificación en el sector salud. Mi reconocimiento para todos ellos.

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

ENRIQUE RUELAS BARAJAS

La calidad sigue siendo una preocupación de todos. Qué hacer para mejorarla también lo es. De ello da cuenta la necesidad de publicar en una segunda edición este libro cuya primera fue acogida con entusiasmo por los profesionales de la salud. Ello ha revelado que la producción de este tipo de publicaciones en español, con un tratamiento pertinente al contexto latinoamericano, es muy necesaria. Asimismo, fue muy grato identificar el interés que despertó el tema de la acreditación de instituciones de educación médica y su incorporación en un marco amplio que incluyó tanto la acreditación y certificación de instituciones prestadoras de servicios de salud, como la certificación de los médicos. Así, se pretendió presentar una visión sistémica de la necesidad de mejorar la calidad en todos los ámbitos de la atención a la salud. Esta perspectiva se mantiene exactamente igual en esta nueva edición, aun cuando debe ser reconocido que falta mucho por desarrollar en esta materia respecto a los esfuerzos que se llevan a cabo en otras profesiones de la salud y en otros escenarios de la región.

En el caso de México, el sistema de salud ha sido uno de los actores más importantes de las políticas públicas en los últimos años y se encuentra en un proceso de intensa evolución hacia nuevos horizontes. Este sistema, además, es el territorio propio de quienes hemos coordinado esta obra. Ello nos ha exigido una actualización de los capítulos 3 y 7, que han debido ser adaptados a los cambios inherentes a esta evolución reciente desde una perspectiva muy cercana al fenómeno en cuestión. No así el resto de los capítulos que, por otra parte, siguen haciendo patente el arraigo del tema en otros puntos del continente.

Esperamos que esta publicación, en su segunda edición, confirme su posición como punto de referencia sobre los procesos de acreditación y certificación que, en conjunto con otras medidas organizacionales y sistémicas, deben contribuir a mejorar continuamente la calidad de la atención a la par de satisfacer las expectativas de los propios beneficiarios de los sistemas de salud.

PRESENTACIÓN

ENRIQUE RUELAS BARAJAS

La publicación de este libro obedece al propósito de los editores de dar a conocer a nuestro país y a América Latina en general, una recopilación seria de la realidad de la evaluación externa como estrategia para la búsqueda de la calidad en la atención médica.

No existía en la literatura de nuestra región una obra dedicada a dar a conocer tanto los planteamientos teóricos que dan soporte a los estándares de la acreditación, la certificación, ISO y los “modelos de excelencia”, como las limitaciones de cada uno de ellos y sus redefiniciones para el logro de los objetivos en materia de calidad de la atención.

El primer capítulo, preparado por Ofelia Poblano, presenta el marco teórico de los modelos existentes en la evaluación externa, desde una perspectiva histórica hasta sus aplicaciones reales en materia de salud, ya que no todos han surgido específicamente para el área de atención médica. Las experiencias de países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, la Comunidad Europea y Australia, han dejado lecciones para los países de América Latina. Estas lecciones van desde los contenidos de la evaluación, los objetivos, la metodología, los evaluadores, el financiamiento, la obligatoriedad, entre otros aspectos relevantes de la implantación de los diferentes modelos. Como consecuencia de este análisis, en el siguiente capítulo se hace una síntesis de lo que sería un sistema nacional de evaluación externa para un país, sus características y los factores sociales, políticos y financieros a considerar.

A continuación el escenario se hace específico para México. Así se inicia al lector en el surgimiento del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, desde su primer intento en 1994, y se revisan el modelo mixto público privado de 1999 y el actual. El Consejo de Salubridad General, a través de su Secretaria, la Dra. Mercedes Juan y el responsable de dicho proceso el Dr. Manuel Aguilar, hacen un recorrido de sus avances y perspectivas hacia el logro de la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, mostrando los resultados más importantes de evaluaciones realizadas a hospitales en México, así como el surgimiento de criterios específicos para unidades psiquiátricas, ambulatorias y de rehabilitación.

La Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina, bajo la responsabilidad del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, presidido por el Dr. Guillermo Soberón y el Dr. Octavio Castillo, dan cuenta del proceso evolutivo de la evaluación externa en la enseñanza de la medicina, destacando la participación de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y haciendo hincapié en la problemática de la calidad en la formación de recursos humanos para la salud en las diferentes etapas políticas del país.

De igual forma, el ejemplar trabajo de la Academia Nacional de Medicina en el surgimiento y establecimiento de la certificación y re-certificación de médicos especialistas, es relatado y analizado por el Dr. Víctor M. Espinosa de los Reyes Sánchez, ex-presidente de dicho organismo y responsable de este proceso por muchos años. Este proceso actualmente cuenta con 75,000 médicos certificados. El Consejo Nacional de Medicina General, a través del Dr. Manuel de la Lata Romero y el Dr. Julio Sotelo, presenta los avances del proceso de certificación de médicos generales, mucho más reciente que el de médicos especialistas, pero que ha logrado en pocos años tener más de 5,000 médicos certificados o re-certificados. El surgimiento de esta instancia permite la actualización permanente de los médicos generales a través de cursos impartidos en todas las entidades del país.

La reciente reforma que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud, hizo indispensable la verificación de la calidad de las unidades médicas que conforman su red de proveedores de servicios. Por ello se implantó la Acreditación de unidades médicas para el Seguro Popular como requisito obligatorio. La responsabilidad de este proceso es de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, específicamente de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Durante el primer año han logrado acreditar más de 1,200 unidades ambulatorias y hospitales generales, así como de especialidades para la modalidad de gastos catastróficos. El capítulo reseña tanto la metodología como los logros y las áreas de oportunidad de mejora en su proceso.

La experiencia alcanzada en tres países de América Latina, Brasil, Costa Rica y Colombia, nos ofrece la posibilidad de conocer el funcionamiento de los modelos públicos, privados o mixtos, así como las dificultades y logros de su implementación. La Dra. Ana Ma. Malik, académica y gran conocedora de la realidad del sistema de salud en Brasil, analiza con imparcialidad la aportación a la calidad de las diferentes instancias que existen en ese país, desde la acreditación internacional de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations y los estándares de ISO, a los esfuerzos nacionales a través de la Organización Nacional de Acreditación. La Dra. María Elena Ló-

pez Núñez, Directora de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de Costa Rica, analiza de forma crítica y propositiva la actualidad en la acreditación de servicios de salud en su país, sus resultados y necesidades de mejora para el proceso. Colombia, a través de la Dra. Norma Orjuela de Deeb, miembro del Centro de Gestión Hospitalaria, organismo responsable de desarrollar la estrategia para la Acreditación Institucional, dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, nos presenta el proceso de diseño y desarrollo de su modelo, así como su avance a la fecha.

En el capítulo final se analiza la evidencia de la mejora de la calidad a través de los procesos de evaluación externa, desmitifica y señala la realidad de dicha evidencia, así como la necesidad de construirla.

EL CONTEXTO INTERNACIONAL: ÁMBITOS, MODELOS Y TENDENCIAS

OFELIA POBLANO, ENRIQUE RUELAS, ANTONIA I. RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la acreditación comenzó hace más de 90 años. Algunos autores señalan a Florence Nightingale como la precursora de la evaluación de la calidad debido a su interés por reducir las muertes derivadas de infecciones adquiridas dentro de los hospitales, lo que hoy denominamos intrahospitalarias. Otros, identifican como el iniciador de la evaluación de la calidad al médico Ernest Codman, quien se planteó como objetivo analizar en los pacientes los resultados derivados de la atención prestada por distintos médicos y, dar a conocer al público la información reunida. Entre 1917 y 1918 logró que algunos hospitales apoyaran su iniciativa para establecer el primer tipo de evaluación mediante estándares. Según los registros, pudo evaluar 163 hospitales. Los estándares se enfocaban principalmente en la atención brindada, así como en algunas estructuras y procedimientos relacionados con las historias clínicas. Los resultados de este primer intento tuvieron un gran impacto en la sociedad médica.

En Estados Unidos, el Colegio de Cirujanos realizó el primer ejercicio formal de evaluación, por lo que la acreditación está arraigada firmemente en la profesión médica. Instituciones como ésta, reconocen la importancia de una adecuada organización de los procesos de la práctica clínica. En sus orígenes, la evaluación fue en esencia un proceso creado por médicos para médicos. En aquel tiempo, el Colegio tenía problemas para decidir a qué hospitales asignar a los estudiantes de cirugía. La solución que encontraron fue la creación de un conjunto de estándares muy elementales, que constituyeron los primeros estándares de acreditación que se aplicaron en los hospitales universitarios más prestigiados de la costa este de Estados Unidos. Debido a que los resultados no fueron satisfactorios, en 1913 intervino el Congreso de Estados Unidos para establecer el primer programa oficial de evaluación de hospitales.

El interés en el modelo se expandió primero a Australia en 1926, y luego a Canadá en 1953 cuando el Servicio de Salud Canadiense llegó a ser independiente del sistema estadounidense. Aunque en Europa el avance ha sido

lento, hoy, la mayoría de los países miembros de la Unión Europea poseen sus propios programas de evaluación externa o muestran interés en desarrollar la acreditación. El enfoque anglosajón ha sido replicado y adaptado en todo el mundo. Reino Unido, Australia, Sudáfrica, Nueva Zelanda y Holanda, por citar algunos países. En América Latina, Asia y otros países de Europa existen enfoques diferentes (como el desarrollado en Cataluña) que se basan en la legislación pública, por lo que están mucho más ligados a una intención reguladora, que a un proceso voluntario de comparación entre pares.

Un estudio, citado por E. Scrivens,¹ en su libro acerca de la acreditación, reveló que en la mayoría de los países desarrollados existe una relación muy estrecha entre la acreditación y la estructura y los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud. La acreditación es un proceso que tiene muchas implicaciones. Influyen en ella factores sociales, económicos y, como es de esperarse, políticos. Cada país ha desarrollado su propio enfoque de la estructura de la organización responsable de la acreditación, así como de su funcionamiento y aplicación en la operación de los servicios de salud.

Además de retomar las crecientes demandas de responsabilidad planteadas por los consumidores y los financiadores del sistema, la revisión externa realizada por pares se ha utilizado para comparar los estándares de calidad de los servicios. Algunos países han implantado la acreditación como primer paso para medir, comparar y mejorar los servicios. Otros han utilizado principalmente los estándares con reconocimiento internacional, como las normas ISO 9000, o han adoptado el enfoque del Modelo de Excelencia. En pocos países, el ímpetu ha llegado hasta los clínicos quienes, en estos casos, han implementado un sistema basado en la revisión efectuada por pares clínicos.

Entre 1996 y 1999 se llevó a cabo el Proyecto ExPert² (de técnicas de revisión externa por pares). Este estudio fue realizado para evaluar el uso y desarrollo de la revisión externa en los países de la Unión Europea. En él se identificaron los cuatro modelos principales de revisión externa enfocados a la medición de la calidad de la gestión y operación de los servicios de salud: Acreditación, ISO, EFQM y Visitatie. Se reconoce que estos cuatro modelos de sistemas de revisión externa dirigidos a los servicios de salud han tenido orígenes diferentes y propósitos distintos, los cuales se analizarán más adelante. Por el momento, a manera de introducción, sólo se describirán las generalidades de cada uno de ellos.

Modelos de evaluación externa más comunes

Acreditación

La Acreditación como modelo de evaluación externa por pares se originó hacia 1910 en Estados Unidos. Su propósito fundamental era estandarizar la práctica médica hospitalaria. A menudo, se realiza como un proceso voluntario que puede ser requisito de algunos sistemas de aseguramiento. En los países de habla inglesa se ha generalizado gracias a las organizaciones no gubernamentales y al pago del servicio. Es un enfoque muy popular y hoy se identifican 36 países con modelos similares a la Acreditación.

ISO 9000

La serie ISO 9000 es una familia de estándares desarrollados por la Organización Internacional de Normalización. Los primeros modelos de gestión de la calidad surgieron en el Reino Unido con los estándares ingleses. Debido a que originalmente se diseñaron para la industria, la apropiación de las normas ISO en salud no es universalmente aceptada. La principal razón por la que no se aceptan es su falta de claridad en la orientación hacia el logro de resultados clínicos. El modelo ha llegado a ser popular y se usa con mayor frecuencia en servicios de diagnóstico, especialmente en los laboratorios clínicos. El entusiasmo internacional por los estándares de calidad en salud ha llevado a una proliferación de interpretaciones en el cumplimiento de las normas ISO 9000.

Visitatie

El enfoque Visitatie se originó y desarrolló en Holanda y hoy está firmemente arraigado en la profesión médica. Se basa en estándares explícitos de calidad clínica. Aunque en algunos aspectos es similar al modelo de Acreditación, su propósito es mejorar la calidad de la práctica médica mediante la evaluación de la calidad tanto del desempeño individual del clínico como de los equipos clínicos que realizan procesos en conjunto, por ejemplo en cirugía. El propósito es la mejora y no la obtención de un certificado de cumplimiento.

A finales de la década de 1980, la Comunidad Europea creó la EFQM. Hoy se considera al Modelo EFQM como un enfoque de búsqueda de la excelencia. Aunque desde sus orígenes fue concebido como un modelo de mejora continua que habría de ser revisado cada año, fue diez años más tarde cuando

se revisó el modelo en su conjunto y se le dio el nombre de Modelo de Excelencia EFQM. Constituye un marco de referencia para estructurar, evaluar y mejorar la gestión de la calidad de cualquier organización. Tiene como fundamento el concepto de calidad total. Con el antecedente de experiencias en otros países, entre ellas el Premio Malcom Baldrige de Estados Unidos y el Premio Deming de Japón, la EFQM establece el Premio Europeo de la Calidad, mismo que fue convocado y otorgado por primera vez en 1992.

EL ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD

¿Qué es la evaluación externa?

Los componentes o actividades cruciales en la operación de la evaluación externa son:³

a) el desarrollo de estándares; b) la selección, capacitación y monitoreo de los evaluadores, y c) la evaluación del proceso. En seguida se describen brevemente cada uno de ellos, ya que su análisis se reserva para la sección correspondiente a cada uno de los cuatro modelos de evaluación externa revisados, y sus implicaciones para un sistema nacional de acreditación se discuten en el siguiente capítulo.

a) Estándares

Cada sistema de evaluación externa sigue un proceso de medición de la organización o del servicio según una selección de estándares o criterios. Este proceso incluye la determinación de estándares, tanto de contenido como de nivel de complejidad. En los últimos tiempos, estos temas han sido objeto de un debate considerable, ya que de los estándares de estructura –la base reguladora– inicialmente expresados en términos del manejo de organizaciones verticales se ha ido evolucionando por la vía del paciente a la verificación de los procesos con énfasis en las interfaces del manejo en las unidades y, recientemente, a indicadores de resultado.

b) Selección, capacitación y monitoreo de los evaluadores

En todo sistema de evaluación, la selección y capacitación del evaluador son factores cruciales. En la práctica, la mayoría de las dificultades que se presentan en relación con los resultados de la evaluación radican en el llamado “juicio”

del evaluador. Este juicio está determinado por la formación, experiencia, habilidades y capacitación enfocadas a la estandarización del proceso de medición. Hay quienes consideran que sólo los especialistas de un campo determinado son competentes para elaborar juicios respecto de una profesión individual y de una organización de salud integral o completa.

c) Proceso de evaluación

Por lo general, el proceso de evaluación de todo modelo de evaluación externa comprende tres fases:³

1. Evaluación de la organización. Comprende todas las actividades que se realizan antes y durante la evaluación. Incluye la preparación de la documentación, las actividades previas a la evaluación, la visita y la presentación del informe escrito de los evaluadores.
2. Valoración del informe. Esta actividad suele realizarla un comité de evaluación o decisión. Con base en el análisis del informe se toma la decisión de acreditar/certificar, condicionar la acreditación, o de no acreditar a la organización.
3. Monitorización entre evaluaciones. Comprende aquellos mecanismos diseñados para que las organizaciones mantengan el nivel de acreditación o certificación.

En años recientes, el objetivo de la evaluación externa de la calidad en las organizaciones de salud ha sido mejorar la calidad de los servicios prestados, y ha trascendido la mera medición de la calidad para evolucionar hacia la implantación de programas de mejora. La evaluación externa de la calidad, potencialmente, es un camino efectivo para mejorar la calidad de la atención a la salud.

En los últimos años, el objetivo de lograr la calidad en los servicios ha cambiado de enfoque al pasar de recalcar el contenido de la atención a un énfasis en la gestión de la provisión del servicio. Este énfasis es particularmente evidente en Europa, donde se observa un aumento de la conciencia de la calidad, cambios en los servicios de salud y en su financiamiento, y un aumento en las expectativas de los consumidores hacia el logro de una mejor salud.

Antes de pasar a la descripción histórica y analítica de los modelos de evaluación externa más comunes para las organizaciones de atención a la salud, es necesario delimitar la semántica de la evaluación externa, ya que es común confundir los términos Acreditación, Certificación y Licenciamiento,

o bien, su significado cambia de un país a otro. Primero, estos términos se definirán desde el ámbito internacional, para posteriormente delimitar su uso en México.

Semántica de la acreditación

El lenguaje de la acreditación es complicado. Son muchos los términos con los que suele confundirse la palabra acreditación: licenciamiento, certificación, autorización, inspección y regulación. Internacionalmente se ha convenido lo siguiente:

a) Licenciamiento

Es el proceso por el cual una autoridad otorga a un individuo o a una organización de salud un permiso para operar con el compromiso de definir el nivel de calidad requerido para asegurar ciertas características en los servicios brindados al paciente. Una licencia es otorgada por un gobierno, una entidad gubernamental o un agente designado, semejante a un consejo de regulación. Una licencia con requerimientos legales se otorga para proteger la seguridad y la salud públicas.

- Existe para asegurar que la organización o individuo conozca los estándares mínimos para proteger la seguridad y la salud públicas.
- Suele concederse después de aprobar una forma de examen o prueba de capacidad.
- En ocasiones, se exigen revisiones periódicas, con pago o sin él, así como pruebas de educación continua o de competencia profesional.
- Por lo general, se otorga una licencia a una organización después de verificar las instalaciones y de determinar si se cumplen los estándares mínimos de seguridad.
- Una organización de salud tiene la obligación de mantener su licencia. Por lo general, ésta debe ser renovada a fin de no poner en riesgo el cuidado del paciente.

b) Certificación

Es un proceso por el cual un organismo autorizado, gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce, si un individuo o una organización, conocen los requerimientos o criterios predeterminados. Generalmente se acepta que para recibir una certificación se debe:

- Recibir educación y entrenamiento adicional.
- Demostrar competencia en un área adicional más allá de los requerimientos mínimos de una licencia.

Las organizaciones en los servicios de salud y los laboratorios pueden operar en forma diferente, y podrían ser considerados independientes, como son los servicios de banco de sangre, hematología, radiología e ingeniería biomédica, ya que tienen mayor variabilidad en sus procesos.

c) Acreditación

Se define como un proceso formal y voluntario de evaluación externa que se basa en estándares nacionales o criterios predeterminados. El proceso de acreditación se repite con regularidad e incluye la emisión de un juicio por parte de los evaluadores. Por lo general, lo lleva a cabo una agencia no gubernamental mediante una evaluación externa por pares para determinar si una organización de salud cumple los estándares preestablecidos. El término acreditación también se usa en paralelo con términos como educación, participación y profesionalización. Los estándares predeterminados:

- Son óptimos y alcanzables.
- Están diseñados para alentar la mejora continua de la calidad en los esfuerzos realizados por las organizaciones de salud.
- Permiten que la acreditación se otorgue mediante una evaluación en el sitio realizada por un equipo de pares evaluadores. Típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años.
- Permiten que la acreditación sea un proceso voluntario en el cual las organizaciones eligen participar sin que alguna ley o reglamento así lo requieran.

La acreditación puede ser aplicada en todo el hospital como sistema de gestión o por dirección de servicios y actividades profesionales. La forma más temprana y común de la acreditación se aplica en organizaciones de salud completas como son los hospitales, los centros de salud o ambulatorios, etc.

Como puede observarse, los términos acreditación y certificación son bastante similares, de allí su uso indistinto y en ocasiones confuso. Para facilitar la distinción, en seguida se presenta el Cuadro I, en el que se desglosan las diferencias entre los tres tipos de procesos analizados hasta el momento con base en su objetivo, requisitos y estándares o criterios.

Cuadro I
Diferencias entre los procesos de licenciamiento, acreditación
y certificación en el ámbito internacional

Comparación entre los términos utilizados en la evaluación externa				
Proceso	Organización autorizada	Objeto de la Evaluación	Requerimientos	Estándares
Licencia Licenciamiento (Obligatoria por mandato legal)	Autoridad gubernamental	Individual	Regulación que asegura estándares mínimos, examen de comprobación de educación o competencias.	Preparación de un nivel mínimo que asegura un ambiente con riesgos de salud, y seguridad mínimos.
		Organización	Regulación que asegura estándares mínimos en el sitio de inspección.	
Acreditación. (Voluntaria)	Herramientas reconocidas, usualmente por una ONG.	Organización	Cumplimiento de estándares publicados, en el sitio de evaluación, cumplimiento que no requiere ley o regulación.	Estándares preestablecidos que estimulan la mejora alrededor del tiempo.
Certificación (Voluntaria)	Cuerpo de gobierno Autorizado, ONG	Individual	Evaluación de requerimientos predeterminados adicionales de educación, capacitación y competencias demostradas en un área especial.	Preparado por un Consejo Profesional de especialistas.
		Organización o Componente	Demostración de que la organización tiene servicios adicionales de Tecnología y Capacidad.	Estándares de la Industria (p.e. ISO 9000) evalúan conformidad a especificaciones dirigidas.

Los estándares de licenciamiento sirven para definir el nivel de calidad requerido para asegurar los servicios del cuidado del paciente, o servicios de salud, así como la disponibilidad de medicamentos según el tipo de la farmacia. Estos estándares también definen las capacidades que debe tener una organización de salud para convertirse en un centro u hospital autorizado. Por ejemplo, para obtener una licencia en una jurisdicción particular, se requiere que la organización de salud proporcione servicios de cirugía, radiología, enfermería, farmacia y laboratorio. Una vez cumplidos los estándares, se puede autorizar la apertura de un hospital, por ejemplo. El proceso de licenciamiento es diferente de los procesos de acreditación y certificación, pues para la aplicación de éstos los servicios ya existen y requieren una evaluación externa. Por definición, el otorgamiento de una licencia es obligatorio por manda-

to legal. Cuando un gobierno otorga una licencia, significa que la organización ha obtenido el permiso para proveer cuidados o servicios al paciente.

En México, según la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de julio de 1992:

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

Como puede observarse, la diferencia con respecto al uso de la terminología a nivel internacional es clara. En México, la acreditación es recibida por los organismos cuya función es verificar o evaluar la competencia técnica y calibrar productos. Estas organizaciones son acreditadas para llevar a cabo un proceso y certificar la competencia técnica o cumplimiento de estándares en otra organización o individuo. Entonces, la organización que es evaluada externamente es “certificada”.

MODELOS DE EVALUACIÓN EXTERNA EN EL SECTOR SALUD: ACREDITACIÓN, ISO 9000-2000, MODELO EFQM Y VISITATIE

Acreditación

Originalmente, los sistemas de acreditación fueron diseñados para proteger a la profesión médica de los efectos de la infraestructura, equipamiento y organización deficientes. Sin embargo, ha habido avances notables hacia la mejora de los procesos. Este aspecto de la calidad ha sido tratado en diversos foros internacionales dedicados a la calidad en los servicios de salud. Se parte del supuesto de que todas las prácticas pueden ser mejoradas, lo que implica un esfuerzo continuo de los profesionales hacia el logro de los mejores estándares. Si bien por una parte la acreditación refleja un compromiso con la infraestructura, también está comprometida con tratamientos nuevos y enfoques clínicos mejores. La historia de la acreditación muestra que el énfasis ha pasado de la estructura a la práctica clínica. Se acepta el rol de la acreditación como una herramienta de amplio espectro en el ámbito político de los sistemas de salud. Para que los sistemas de salud tengan sentido y credibilidad, los sistemas de acreditación deben reflejar la realidad política local.

a) Propósitos de la acreditación

La acreditación tiene varios propósitos, tantos como *stakeholders* (grupos de interés) participen en los servicios de salud. Para el profesional de la salud, el propósito principal es crear el ambiente adecuado para la práctica clínica. Para el paciente, es contar con información objetiva de las organizaciones donde se atiende su salud, promoviendo la efectividad de los procesos clínicos más frecuentes. Y finalmente, para el sistema de salud, la acreditación es una forma de rendir cuentas de la responsabilidad social del ejercicio del presupuesto, fomenta la homogeneidad de los servicios en el sector, potencia la coordinación, integración y continuidad de la atención e introduce un modelo de gestión de la calidad.

b) Objetivos de la acreditación

La acreditación ha cumplido con objetivos de suma importancia para el sistema de salud, así como para la sociedad y los proveedores del servicio. Entre ellos:

1. *Evaluar la calidad y seguridad de la atención*

La acreditación es una evaluación multidisciplinaria, realizada por profesionales de la salud, del manejo y los resultados obtenidos con las acciones de atención a la salud. Además, la evaluación incluye los comentarios de los pacientes, lo que constituye un paso importante hacia la participación del cliente.

La seguridad del paciente es una de las principales dimensiones de la calidad y una de las principales expectativas que los pacientes tienen en el sistema de salud. Por lo general, el logro de la seguridad es resultado de una combinación adecuada del incremento de la eficiencia y la complejidad del hospital. En tiempos recientes se ha documentado un incremento de los riesgos potenciales individuales dentro de las organizaciones de atención a la salud. La prevención de riesgos depende de numerosos factores, que incluyen el cumplimiento de las regulaciones de seguridad y de las prácticas adecuadas, además del establecimiento de un sistema de evaluación tendente a mejorar las bases e identificar áreas de riesgos para implantar las medidas preventivas necesarias.

2. Evaluar el compromiso de la organización de salud con la mejora continua

Un principio del sistema de calidad es asegurar la mejora continua de la calidad, y de forma explícita, el enfoque en el paciente. La calidad continua requiere un enfoque sistemático que busque mejorar los procesos y reducir los errores, con base en una dedicación activa continua. Además, los resultados de la medición deben tener un uso específico para lograr avances y mejoras paso a paso en un tiempo determinado.

3. Lograr la participación de los profesionales

La mejora de la calidad es resultado de las iniciativas internas instituidas por la organización de salud. En cada una de esas iniciativas es esencial la participación de los profesionales pues son ellos quienes aceptarán los cambios y adoptarán las soluciones apropiadas. Por lo que los profesionales –al igual que los diferentes financiadores– deberán participar en todas las etapas del proceso de acreditación. Por ello, se considera que la acreditación estimula la integración en el manejo de las organizaciones de salud.

4. Lograr un proceso continuo de mejoramiento

Las iniciativas de calidad son sucesivas, las organizaciones de salud deben dedicarse por largo tiempo a diseñar y desarrollar programas de mejora continua. El mejoramiento es un proceso cíclico de autoevaluación, identificación de prioridades, implantación de la mejora, evaluación nueva, etc.

5. Alcanzar la objetividad

La acreditación es un proceso de verificación objetiva de las organizaciones de salud, ya que es un diagnóstico basado en criterios precisos previamente establecidos.

6. Lograr el reconocimiento externo

La acreditación proporciona un reconocimiento externo de la calidad de las organizaciones de salud, mejora la confianza del público e incrementa la reputación entre sus usuarios.

c) Incentivos para la organización⁴

Generalmente se considera que es difícil medir el impacto de la acreditación, sin embargo, se reconoce su aportación como un buen incentivo en algunas áreas de la regulación propia de los organismos públicos y en los sistemas nacionales de salud. Entre las aportaciones de la acreditación se pueden mencionar:

1. El establecimiento de una base de datos de las organizaciones de salud, que podrían presentarse en formato de estructura, proceso y resultado.
2. Las organizaciones tienden a la reducción de costos con un incremento de la eficiencia y la eficacia de los servicios.
3. Es útil para proveer educación y consulta a las propias organizaciones de salud, a los directivos y a los profesionales, en especial en estrategias de mejora de la calidad, y favorece la comparación de buenas prácticas de atención en salud.
4. Apoya la reducción de riesgos asociados con daños a los pacientes durante el proceso de atención a la salud.
5. Permite conocer información relativa a la calidad de los competidores.
6. Colabora con el proceso de licenciamiento en algunos países.

Asimismo, la participación en programas de acreditación puede llegar a convertirse en un factor de desaliento. Por lo general, esto ocurre cuando la organización considera que la acreditación:

1. Representa un trabajo adicional para el staff y la administración.
2. Requiere conocer nuevos instrumentos o estudiar los estándares.
3. Conlleva un estrés asociado con el cumplimiento y el esfuerzo realizado.
4. Implica costos adicionales por adquisición, reparación, contratación, etc.
5. Implica costos de membresía o pago del proceso.
6. Representa un riesgo moral para el staff en caso de no lograr la acreditación.
7. Conlleva un riesgo por la difusión de los resultados en caso de no lograr la acreditación.

d) Características de la acreditación

Como ya se ha descrito en forma general para la evaluación externa, todo programa de acreditación requiere: 1) una organización que dé soporte al pro-

ceso; 2) un conjunto de estándares; 3) lineamientos claros para la operación del proceso; 4) el control de los observadores o verificadores; 5) el establecimiento de un esquema de calificación cuantitativa o cualitativa, o de una combinación de ambas, y 6) un informe, un documento de certificación y esquema de retroalimentación y mejora continua. La acreditación tiene más de 50 años en proceso de mejora tanto de los estándares como de la operación en su conjunto. En seguida se describen las características específicas de cada uno de los elementos.

1. Tipos de estándares

Los estándares pueden ser vistos como los requerimientos mínimos con los que una comunidad estaría razonablemente contenta. Pero, en términos profesionales, no suele ser aceptable el nivel mínimo de operación pues sugiere que sólo los niveles muy bajos pueden ser inaceptables. Ésta es una diferencia entre regulación y acreditación. La regulación trabaja con los estándares mínimos, esto es, una licencia se otorga con base en éstos. Al paso del tiempo, se ha logrado que los estándares de acreditación representen la excelencia. La idea es ir incrementando los indicadores clínicos que han de ser usados en un departamento o área que presenten problemas potenciales en la entrega de resultados del cuidado de la salud.

Los canadienses han adoptado una definición de trabajo de estándares óptimos, dentro de los recursos limitados: "Los estándares óptimos no representan necesariamente el máximo teórico, sino más bien el mejor nivel posible que puede ser conseguido con los recursos otorgados" (Canadian Council on Health Services).

El enfoque de los estándares se plantea para cubrir expectativas en diferentes sentidos. Primero para proveer cuidados a la salud, después para identificar sistemas comunes básicos de los procesos y resultados importantes durante la consulta del paciente, incluyendo las necesidades de seguridad, la eficacia en el cuidado, así como la provisión de equivalencias de los estándares según la cultura, región o nación de que se trate, con sus propios valores y prioridades.⁵

La Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations define a los indicadores clínicos como una cualidad cuantificable que puede ser usada como guía para monitorizar y evaluar la calidad, tanto de la atención brindada al paciente como de las actividades de soporte del servicio. Los indicadores clínicos son de dos tipos: indicadores de eventos centinela e indicadores de calidad usados para la monitoría continua.⁶

2. Desarrollo de los estándares

Por lo general, en un principio los estándares se desarrollan con la asistencia de un grupo de expertos de diferentes campos. Asimismo, pueden participar en el proceso una o más organizaciones consultoras. Además, suele contarse con la colaboración de investigadores, consejeros de diferentes especialidades y expertos en la legislación correspondiente. Cuando el sistema de acreditación es por mandato legal, la responsabilidad del proceso de diseño y establecimiento de estándares recae en el gobierno; cuando no es por mandato, la responsabilidad es de las organizaciones autorizadas para otorgar la acreditación. La revisión regular de los estándares asegura su relevancia continua, además de ser una parte importante del desarrollo del proceso.

3. Medición y puntuación (*scaling y scoring*)

Actualmente se trabaja en la creación de un indicador de resumen, un solo número que pueda describir la calidad de una organización. Sin embargo, aunque es deseable contar con una medida resumen, esta alternativa tiene limitaciones. La acreditación ofrece un gradiente de puntuación, no obstante, tiende a aplicarlo para toda la institución, aunque existan departamento o áreas donde no se hubiera alcanzado esa puntuación. Por lo tanto, una sola medida no ofrece un panorama real de toda la organización. Una solución aproximada del problema sería la utilización de un sistema multivariado de puntuación, que no existe a la fecha. Estos problemas no sólo se presentan en la interpretación de la medición, sino también en los juicios individuales emitidos por los evaluadores, quienes requieren asignar un valor (cualitativo o cuantitativo, en la mayoría de los casos) durante el proceso de verificación.

Un ejemplo de una de las formas diversas de calificar el cumplimiento de la puntuación con los estándares, es el sistema utilizado por la JCAHO. Este sistema emplea una escala de cinco puntos, y constituye un ejemplo excelente de una combinación de indicadores cuantitativos y cualitativos:

- Escala 1. Cumplimiento sustancial. La organización cumple consistentemente todos los requisitos principales del estándar.
- Escala 2. Cumplimiento significativo. La organización cumple la mayor parte de los requisitos del estándar.
- Escala 3. Cumplimiento parcial. La organización cumple algunos de los requisitos del estándar.
- Escala 4. Cumplimiento mínimo. La organización cumple pocos requisitos del estándar.

- Escala 5. No cumplimiento. La organización no cumple los requisitos del estándar.

4. Los evaluadores

La valoración por pares es el sello característico de los sistemas de acreditación. Esto implica que un requisito que todo evaluador debe cumplir es ser un experto en el tema a evaluar, hecho que ayuda a la adecuada aceptación por parte de la organización, tanto de la presencia de los evaluadores como de la calificación y observaciones realizadas por ellos.

En todo sistema de acreditación, la selección y capacitación del evaluador son factores cruciales. Como ya se mencionó, algunas de las dificultades más comunes que se presentan en la acreditación, se relacionan con los juicios emitidos por los evaluadores. Hay quienes consideran que sólo los especialistas de un campo determinado están capacitados para emitir un juicio con respecto de la práctica de una profesión individual, para pasar después a la emisión de un juicio acerca de toda una organización, un hospital por ejemplo.

Un equipo de evaluadores, quienes suelen ser profesionales de la medicina y de otras áreas de la salud, lleva a cabo la evaluación externa. Su responsabilidad es informar sus hallazgos en las organizaciones por acreditar. La información proporcionada por ellos es el insumo principal para determinar el tipo de acreditación que se le otorgará a la organización evaluada.

El evaluador es un profesional, que además requiere ser entrenado en habilidades y técnicas de observación, recopilación de información y supervisión. Reúne información relevante acerca del cumplimiento del hospital, buscando documentar en especial lo señalado por los estándares. El manejo y control de los evaluadores constituye una actividad crítica para una organización de acreditación. Es indispensable garantizar la congruencia, consistencia, credibilidad e imparcialidad de los evaluadores, pues la validez y confiabilidad del programa dependen de esta importante función.

5. El proceso de evaluación

Todos los modelos comparten las diferentes etapas de la evaluación. Asimismo, requieren que la organización proporcione información preliminar y que tenga la capacidad de tomar decisiones con base en documentos seleccionados. Algunos modelos cuentan con cuestionarios de autoevaluación (cuyo contenido va desde datos básicos y capacidad de respuesta, hasta listas de cumplimiento de los estándares). También trabajan con guías detalladas de preparación y facilidades externas (durante un periodo de 6 a 12 meses), para

ayudar a la organización de salud a cumplir los estándares. En la acreditación, la autoevaluación suele ser el principio de la evaluación externa realizada por el equipo de evaluación, mientras que en la evaluación ISO este paso está demarcado (de manera absoluta en la teoría, pero vagamente en la realidad) entre la auditoría y la primera consulta.

La visita de evaluación, llevada a cabo por un grupo de profesionales entrenados y calificados, tiene como objetivo reunir datos. Posteriormente, los evaluadores elaboran un informe escrito de los hallazgos encontrados en relación con los estándares aplicados. Además del informe de hallazgos, el evaluador usa las escalas y la puntuación ya determinadas para, eventualmente, emitir conclusiones con respecto del otorgamiento del documento o certificado de acreditación a la institución evaluada. Una vez que ha concluido la evaluación y se ha otorgado el certificado, ocurre una tercera fase antes de la próxima evaluación, en la cual se hace seguimiento de la organización mediante un conjunto de indicadores de resultado, además de verificar el cumplimiento de las recomendaciones hechas a la organización, tanto en tiempo como en forma. En seguida se analizan con más detalle las características de cada una de las tres fases.

Evaluación de la organización

La fase de evaluación puede dividirse en tres subfases: preparación, evaluación y presentación del informe.

Preparación. Comprende todas las actividades de preparación para la evaluación llevadas a cabo por la institución a evaluar y por la organización acreditadora. Por lo general, esta fase abarca cinco elementos:

1. Cuestionario aplicado a la organización por evaluar.
2. Autoevaluación realizada por la institución evaluada.
3. Composición del equipo evaluador, que en acreditación está conformado como mínimo por un médico ejecutivo, una enfermera y un administrador.
4. Agenda o plan de auditoría, siendo la duración de la evaluación uno de sus aspectos cruciales. Una buena agenda es la clave para abatir los costos de evaluación, teniendo en cuenta el tamaño y complejidad de la organización.
5. Actividades previas a la evaluación: Algunos programas ofrecen visitas previas a la evaluación formal, otras asignan personal para guiar a la institución dentro del proceso, con el compromiso de realizar un tra-

bajo de enseñanza y mediación entre el cuerpo de evaluación y los servicios de salud.

Evaluación. El propósito de la evaluación es recopilar la información pertinente para la elaboración del informe. Durante la evaluación propiamente dicha, se realizan diferentes actividades cuyo propósito es garantizar cierto nivel de consistencia. Los elementos presentes en la evaluación para la acreditación suelen ser:

- Revisión de la documentación.
- Entrevistas al personal y pacientes.
- Muestra de registros médicos y de otro tipo.
- Visitas de observación.

Para el desarrollo de las organizaciones de acreditación es crucial la consistencia entre los evaluadores. La reputación de un programa depende en gran medida de la objetividad o subjetividad del juicio emitido por cada miembro del equipo evaluador. Los protocolos y el entrenamiento son las herramientas clave que aseguran la consistencia de los evaluadores. Durante la evaluación, algunas organizaciones de acreditación requieren alcanzar un consenso en el gradiente de los estándares entre sus evaluadores. Otra forma de lograr esta consistencia es asignar a una sola persona la tarea de compilar y editar el informe. El diálogo continuo entre el evaluador y el administrador de la institución evaluada, junto con la administración central de los programas de acreditación, ayudan a mantener la consistencia interna en la percepción del cumplimiento. Este proceso se apoya básicamente en la definición explícita de las reglas para la redacción del informe.

Informe. Todos los modelos subrayan la importancia del informe. Éste puede ser analizado en tres partes: contenido del informe, gradiente de los estándares e informe escrito.

- El contenido del informe es variable dependiendo de la organización de acreditación. Algunos equipos de acreditación describen el cumplimiento y el no cumplimiento de la institución evaluada según estándares explícitos; otros equipos de acreditación redactan informes que sólo incluyen las áreas de no cumplimiento. El método favorito consiste en lograr un equilibrio entre las recomendaciones de mejora y los comentarios positivos acerca de la práctica correcta encontrada. Por lo general, los informes contienen un resumen de texto, una calificación numérica y comentarios pertinentes para cada uno de los estándares.

- **Gradiente de los estándares.** Por lo general, los modelos de acreditación no aplican tan sólo un simple récord de cumplimiento o no cumplimiento, sino que administran escalas de grado de cumplimiento de los estándares, según los hallazgos de los evaluadores. El sistema de gradiente varía de una organización de acreditación a otra, y puede ser numérico –del uno al cinco– o cualitativo –mínimo, parcial, suficiente, total, o simplemente cumplimiento y no cumplimiento–. Previamente a la evaluación externa, la institución evaluada realiza una autoevaluación. Las discrepancias muy marcadas entre la autoevaluación y la evaluación externa se revisan de forma especial y se comentan con la organización evaluada.
- **Informe escrito.** En la mayor parte de los programas de acreditación a cada evaluador se le encarga la elaboración de una sección del informe escrito. Los evaluadores tienen un tiempo límite para entregar el informe, generalmente de un día o dos semanas después de la visita. Algunas organizaciones de acreditación cuentan con administradores o empleados encargados de la redacción del informe, tarea que se efectúa con base en las notas y observaciones de los evaluadores.

Valoración o evaluación del informe

Por lo general, el equipo de evaluadores entrega el informe a un grupo de expertos que funge como comité de dictamen. Este comité evalúa el informe y toma la decisión de acreditar o no a la institución evaluada. Al comité de dictamen también se le conoce como comité o comisión de acreditación, junta de profesionales, e incluso, panel del juicio. El estatus y composición del grupo es variable. Con frecuencia, participan en él directores-profesionales de la salud independientes, evaluadores, administradores-clientes, representantes de los cuerpos de acreditación, directores ejecutivos, representantes de las instituciones y representantes de la sociedad. En caso de desacuerdo o no-acreditación, la decisión es referida a un alto cuerpo directivo. La relación entre los evaluadores y los comités es diferente en cada organización de acreditación. Para algunas de éstas, la operación de la evaluación y la decisión final deben estar completamente separadas, mientras que otras abogan por una comunicación estrecha entre las dos actividades. La duración del proceso de evaluación puede ser un indicador de la calidad del desarrollo de la acreditación. Muchas de las organizaciones de acreditación designan un periodo máximo entre la evaluación y la decisión de acreditación que preferentemente va de 30 a 45 días.

El informe con el grado de cumplimiento se convierte en una decisión final de acreditación. Este proceso puede dividirse en dos actividades distintas: 1) la agregación de todas las puntuaciones para generar un solo puntaje, o una lista limitada de puntajes basados en las reglas predeterminadas, y 2) la toma de la decisión de acuerdo con los méritos de la puntuación final, teniendo como base las reglas de decisión.

Estas reglas pueden incluir desde la percepción de los miembros del comité de evaluación hasta lo que está documentado con base en las reglas o algoritmos que forman parte de las políticas del proceso de evaluación.

En el campo de la acreditación, la agregación y las reglas de decisión pueden ser publicadas como parte del manual de estándares, al igual que el libro de trabajo de los evaluadores y las guías para la revisión del informe. Asimismo, se pueden incluir elementos adicionales ligados a claves de seguridad en los criterios de riesgo. El comité del programa de acreditación de hospitales usa una puntuación numérica para calificar el nivel de acreditación mediante la agregación de la puntuación otorgada por los evaluadores. Este resultado se analiza y contrasta con las recomendaciones efectuadas por los evaluadores para otorgar la acreditación.

Un aspecto crucial de la acreditación es el certificado. Este documento es el anuncio público que hace la organización evaluadora de que la institución ha sido valorada en función de un conjunto de estándares y de que los ha cumplido.

El certificado de acreditación posee dos características principales: 1) el periodo que cubre y 2) los grados de cumplimiento. Lo más frecuente es otorgar la acreditación por tres años, aunque existe un intervalo entre uno y cinco años.

Actividades entre evaluaciones

La mayoría de las organizaciones de acreditación prevé que la institución será reevaluada cada tres años con el fin de evitar el declive de los estándares en la misma. Las organizaciones de acreditación aconsejan diferentes actividades entre una evaluación y otra. Las organizaciones evaluadas requieren formular un programa de acción para el cumplimiento de las recomendaciones, que a su vez le facilite a la organización de acreditación llevar a cabo el proceso de seguimiento. Este proceso significa una ventaja para la próxima evaluación, en especial, cuando la acreditación se haya otorgado por un periodo prolongado (más de un año). Un elemento adicional de la calidad del plan de acción consiste en la observación de la implementación de las recomendaciones efectuada por la institución evaluada. Para ello, la evaluación puede ser seguida

de una visita intermedia de revisión del avance alcanzado. Una costumbre suele ser hacer una visita –sin previo aviso– a una muestra de las instituciones evaluadas durante el periodo intermedio entre una y otra evaluación.

Finalmente, la publicación de los resultados completa el proceso. La mayoría de las organizaciones de acreditación pública, como parte de la responsabilidad social del proceso, una lista de las instituciones acreditadas, aunque no se incluye el grado de cumplimiento en las diferentes áreas de la organización ni tampoco el nombre de las instituciones que han fracasado en su intento por lograr acreditación. En otros casos, se publica la lista completa, con la nota de no acreditación, sin el gradiente de calificación, en especial cuando el proceso se financia con recursos públicos.

6. Alcance de la acreditación

En gran número de países se está ampliando el alcance de la acreditación, que si bien no cubre todo el espectro de la atención a la salud, incluye una buena parte de él. Lo que empezó como un ejercicio sólo para hospitales, hoy en día se ha extendido a la atención de enfermos crónicos, la rehabilitación, la salud mental y diversos aspectos de cuidados ambulatorios y comunitarios del enfermo. En países como Canadá cubre incluso la salud pública y los llamados servicios sociales.

Esta ampliación en la cobertura de la acreditación se deriva de los cambios que las organizaciones de salud han mostrado en los últimos años. En diversos países donde se ha producido una especie de agrupamiento administrativo de los servicios, y cuando existe un mayor reconocimiento de la atención al paciente, ésta no se limita necesariamente a un solo tipo de atención médica, y cualquier evaluación auténtica debe examinar la calidad de la atención recibida por el paciente en distintos niveles y ámbitos: los hospitales, las clínicas de atención primaria, las residencias y la comunidad.

7. Experiencia internacional

Charles Shaw² ha documentado 36 programas de acreditación en el ámbito internacional. En seguida se presenta un breve resumen de los hallazgos comentados por el autor:

- Aunque 11 países reportan legislación relativa a la acreditación, la mayoría de los programas no se basan en un mandato gubernamental. Solo en Francia e Italia se efectúa la acreditación hospitalaria obligatoria.

- Sólo en la mitad de los programas, los gobiernos participan parcialmente en su fundación y manejo. A excepción del de Taiwan, los programas más antiguos son independientes del gobierno.
- La acreditación está incrementando su popularidad. Antes de 1990 habían empezado a operar cinco programas, en los cinco años siguientes iniciaron operaciones seis programas más y otros trece en los cinco años posteriores.
- Muchos de los programas establecidos en los últimos cinco años son financiados y operados por el gobierno. Este aumento de la participación gubernamental en la acreditación se debe más a la necesidad de aplicar la regulación y de ejercer su responsabilidad pública, que al desarrollo voluntario de la calidad.
- Los programas de acreditación desarrollados tienen entre uno y quince años, con un promedio de 3.5 años.
- Muchos programas incluyen desde hace muchos años la atención en los niveles secundario y terciario, mientras que la acreditación de la atención primaria es más reciente. La acreditación existe en especial en países desarrollados, presumiblemente como resultado de la atención de la población, y tiene un especial interés en la atención ambulatoria y para padecimientos crónicos.
- Hoy, la mitad de los programas distribuyen sus estándares libremente y sin costo alguno.
- En casi tres cuartas partes de los programas los estándares se elaboraron con base en modelos externos específicos, principalmente de Estados Unidos, Canadá y Australia.

8. Programas específicos

Hoy en día, existen programas de acreditación independientes específicos, como por ejemplo: Cardiología, Patología clínica, Diabetes, Medicina familiar, Promoción de la salud, Expedientes clínicos, Neurología, Enfermería, Medicina nuclear, Terapia intensiva y Medicina del deporte, principalmente.

Modelos de excelencia de la calidad

La gestión de la calidad ha evolucionado desde los inicios del siglo XX. Inicialmente se centró en el control de calidad de los productos y posteriormente se aplicó en los servicios. A partir de la década de 1950, se empieza a enfocar en los sistemas de “garantía de calidad”. El objetivo de estos sistemas era asegurar a los clientes que los productos cumplían los requisitos de calidad

establecidos. En respuesta a los retos de la economía japonesa, se implantan los sistemas denominados de Calidad Total (CT), los cuales contemplan en las actividades para la mejora de la calidad a todos los elementos de una organización.

Hoy en día existen distintos modelos de CT en el mundo, los más conocidos son el Modelo Deming (Japón 1951, promovido por la Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros), el Modelo Malcolm Balbridge, el Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) originado en Europa en 1989, mientras que en América Latina existe desde hace más de diez años el Premio Nacional de Calidad en México y el Premio de Calidad a las Instituciones de Salud en Colombia.

a) Planteamientos del modelo

Según el modelo de excelencia de la calidad, las organizaciones deben elaborar planes estratégicos y de gestión basados en información relevante, que deberán ser desplegados como procesos clave. Los procesos clave son aquellos que atraviesan toda la organización y que la hacen funcionar, no de la forma vertical tradicional sino de manera horizontal y multidisciplinaria. Es seguir los procesos tal y como ocurren y como deben ser gestionados, sistemáticamente, según las necesidades y las expectativas del cliente. Estos procesos deben ser mejorados mediante innovación y creatividad.

El modelo contempla los procesos de atención al paciente, ya que realmente él es el primer cliente externo. Por lo tanto, el modelo exige que los procesos se diseñen en función de las necesidades de los pacientes. Es evidente que una vez que se cuenta con los procesos, se tendrán resultados medibles a través de la percepción de los clientes, de indicadores de desempeño y de indicadores indirectos acerca de la satisfacción de los pacientes, como por ejemplo, indicadores de demora y de accesibilidad.

El modelo pide también que se trabaje con las personas para poder llevar a cabo estos procesos, que se tenga en cuenta la planificación de las personas, su capacitación, su comunicación, las alianzas existentes y los recursos económicos. Además, incluye el equipamiento, la tecnología, la información, los conocimientos a los que va a recurrir el modelo, solicita resultados expresados en forma económica y no económica y requiere indicadores de proceso y de resultado.

También requiere datos de encuestas de satisfacción del personal e indicadores indirectos de cómo se encuentra dicho personal. La pregunta clave es si realmente se está en el camino de la excelencia o no. La sociedad se tiene que beneficiar de la actividad de la organización y el modelo pide que la or-

ganización cuenta con indicadores de impacto en la sociedad. Los líderes tienen que demostrar su compromiso con la misión y los valores, la mejora continua, los clientes, los aliados, la sociedad y las personas, en síntesis, tienen que demostrar una visión global del entorno y la calidad.

b) Gestionar según el modelo

Gestionar es hacer que una organización funcione de manera paulatina y coherente con las necesidades y expectativas de los clientes, mediante la mejora continua y sistemática de sus procesos, con la participación creciente de todas las personas de la organización, usando indicadores para evaluar los resultados conseguidos y todo ello con un adecuado liderazgo. En las empresas de excelencia este modelo debe extenderse a todas las personas, hacia la responsabilidad individual sobre sus tareas, y la misión, la visión y los valores de la organización deben ser asumidas como propias.

La aplicación del modelo supone comprender que la calidad y la excelencia afectan a toda la organización. El Ciclo PDCA (siglas en inglés de Planear, Hacer, Verificar y Actuar) o ciclo de mejora continua debe ser aplicado en todas las actividades de una organización; la calidad no se programa al margen de los planes de gestión, sino que forma parte del método de gestión de la organización, y la calidad comienza con el compromiso explícito del equipo directivo.

Modelo EFQM

El Modelo EFQM está basado en nueve criterios. Cinco de ellos son de agentes facilitadores y cuatro son de resultados. Los criterios que hacen referencia a un agente facilitador, se enfocan a lo que la organización hace. Los criterios de resultados, se refieren básicamente a lo que la organización logra. Los resultados se logran gracias a los agentes facilitadores; y los agentes facilitadores mejoran gracias a la retroalimentación proporcionada por los resultados.

Las características del modelo pueden resumirse en los siguientes seis rubros:

1. Cada uno de los nueve elementos del modelo (cinco criterios de agentes facilitadores y cuatro criterios resultados) contiene diversos subcriterios, cuyo contenido ha sido consensuado por más de 500 empresas.
2. Cada uno de los subcriterios del modelo (32 en total), hace referencia a distintas áreas y aspectos de la gestión. El enfoque no es prescriptivo, por lo que cada organización, al utilizar el modelo, deberá aplicar sólo los elementos adecuados para su gestión.

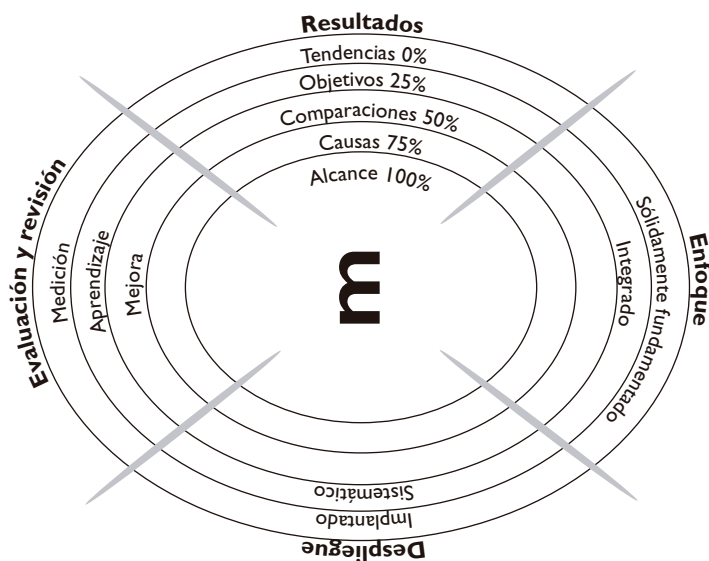
3. El modelo es inespecífico y genérico, es decir, puede ser aplicado en cualquier tipo de organización.
4. El modelo constituye una herramienta de autoevaluación valiosa. Toda organización puede aprender del análisis de sus actividades al realizar el ejercicio de confrontarlas con los requisitos del modelo. Asimismo, puede identificar sus fortalezas y sus áreas de mejora, mismas que incorporará posteriormente en sus planes de gestión.
5. El modelo puede ser utilizado para evaluación externa. Aunque originalmente no fue planteado como base para otorgar algún tipo de certificación o acreditación, existen diversas organizaciones que han establecido distintos tipos de reconocimiento y premios. No obstante, las organizaciones que optan por este sistema, deben haber pasado por un periodo de aprendizaje previo de los requisitos del modelo. Con frecuencia, esto ocurre durante varios ciclos de autoevaluación y mejora previos, usualmente más de dos.
6. El modelo incluye un sistema de puntuación según el grado de cumplimiento de los criterios y subcriterios. La puntuación máxima es de 1000 puntos.

a) Esquema de evaluación REDER

Todas las actividades contempladas en el modelo deben ser planificadas según el Ciclo PDCA de Shewhart o Ciclo de la mejora continua. En el caso del modelo, este ciclo posee una serie de atributos que constituyen la matriz REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión; RADAR, por sus siglas en inglés), la cual constituye la base del sistema de puntuación.

La matriz REDER hace referencia a los pasos que debe recorrer en todas sus actividades y procesos la organización que aspira a la excelencia.

- Determinar los resultados a obtener. Hay que observar los siguientes atributos: tendencia en el tiempo, comportamiento frente a los objetivos, comparaciones externas con los mejores, identificación de relaciones causa-efecto, y planificación de las actividades para alcanzar los resultados.
- Enfocar y realizar las actividades necesarias para obtener los resultados deseados. Los atributos del enfoque son la solidez y la integración. Es decir, la existencia de procesos claros y bien definidos que incluyan a todos los grupos de interés y la relación con la política, con la estrategia general de la empresa y con otras actividades de la organización.



Tomado de Saturno PJ. Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la calidad, 2001

Figura I. Esquema de evaluación REDER

- Una vez planteado el enfoque, hay que realizar el despliegue, el cual debe ser implantado sistemáticamente en todas las áreas relevantes.
- El último paso es la evaluación y revisión. Debe tener tres atributos: medición a través de los indicadores adecuados, aprendizaje de las mejores prácticas y, por último, implantación de las mejores prácticas en función de las conclusiones del análisis de los dos atributos anteriores.

En comparación con los elementos del ciclo PDCA, se puede plantear la siguiente correspondencia de los elementos de la matriz REDER: los resultados y el enfoque corresponden a la P (planear, *plan*), el despliegue a la D (hacer, *do*), y la evaluación y revisión a la C (verificar, *check*) y a la A (actuar, *act*).

b) Estructura del modelo

Las nueve cajas de modelo representadas en la figura 2 muestran los criterios que permiten evaluar el progreso de una organización hacia la excelencia. Cada criterio va acompañado de una definición que explica su significado en el ámbito global. Para desarrollar los criterios en detalle, cada uno de ellos se acompaña de un número variable de subcriterios que es necesario abordar en el momento de realizar la evaluación. Cada subcriterio incluye una relación de elementos a considerar, cuyo objetivo no es otro que aportar ejemplos útiles que aclaren su significado.

Las bases conceptuales del modelo EFQM son los ocho fundamentos de la excelencia, mismos que son la base del contenido de los criterios del modelo:

1. Orientación a resultados. Su interpretación es que la excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos relevantes para la organización (clientes internos y externos, proveedores, accionistas, sociedad en general).
2. Orientación al cliente. El cliente final es quien debe determinar la calidad del producto o servicio recibidos. Por ello, la orientación de toda la organización debe dirigirse primero a conocer, y después a satisfacer, las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
3. Liderazgo y coherencia con los objetivos. Los líderes son quienes aportan claridad y unidad hacia el logro de los objetivos. Asimismo, generan un entorno que permite alcanzar las metas personales y organizacionales.
4. Gestión de procesos y hechos. Enfocar de forma sistemática la gestión de todas las actividades interrelacionando los procesos. Asimismo, tomar decisiones operativas y planificar mejoras con base en información confiable que incluya las percepciones y opiniones de todos los grupos de interés.
5. Desarrollo y participación de todas las personas. Se debe fomentar el compromiso de todos los miembros de la organización para favorecer el desarrollo del potencial personal y grupal al compartir los valores y una cultura de confianza y responsabilidad.
6. Aprendizaje, innovación y mejora continua. Se basa en la experiencia de que las organizaciones funcionan de manera más eficaz cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continua.



Fuente: www.efqm.org

Figura 2. Modelo EFQM de excelencia

7. Desarrollo de alianzas. La organización funciona de manera más eficaz cuando se establecen relaciones de mutuo beneficio con los iguales basadas en la confianza, cuando el conocimiento se comparte y se fomenta la integración.
8. Responsabilidad social. Esta concepción logra definitivamente la integración de todo el modelo. Establece que el mejor modo de garantizar la permanencia de una organización y las personas consiste en adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y normativa de la sociedad en su conjunto.

Evaluadores

Por lo general, los evaluadores son asesores que poseen grados académicos y son profesionales de la calidad pero, principalmente son aquellas personas que ocupan u ocuparon posiciones donde obtuvieron experiencia en el manejo común de la práctica de la calidad y excelencia en Europa.

Aplicaciones del modelo

Este modelo puede ser utilizado para la autoevaluación o como referencia de estándares para evaluación externa. La autoevaluación puede efectuarse mediante distintos sistemas, los más frecuentes, de menor o mayor complejidad, son los siguientes:

- Cuestionario simple.
- Reunión de trabajo.
- Aplicación de la Matriz REDER.
- Memoria (simulación del premio).

La evaluación externa puede realizarse mediante un sistema tradicional por pares o por organismos acreditados. La Fundación Europea para la Gestión de Calidad tiene un sistema de reconocimiento a partir de la obtención de 400 puntos. Lo común es que el ganador del premio obtenga entre 700 y 750 puntos.

Tanto en el proceso de autoevaluación como en la evaluación externa, el método es básicamente el mismo: buscar evidencias del cumplimiento de los criterios y subcriterios del modelo en la organización, determinar las fortalezas y las áreas de mejora, y eventualmente, dependiendo de los objetivos de la organización, otorgar una puntuación.

Del análisis de las áreas de mejora se deben derivar objetivos y acciones de mejora, tanto como resultado de la autoevaluación como de la evaluación final. El producto final suele ser un plan de mejora de las áreas deficitarias que se detectaron.

c) Proceso de evaluación externa

En la implantación del modelo a un caso regional, en España, la Fundación Vasca para la calidad identifica cinco fases del proceso de evaluación externa. Los equipos de evaluación a menudo están formados por 6 evaluadores, uno de los cuales es Senior, además de que un trabajador de la Fundación realiza las funciones de secretario del equipo. Una vez realizada la recepción de la documentación por parte del equipo de evaluación, se inician las etapas del proceso.

Fase I: Evaluación personal

Los evaluadores realizan la lectura de la Memoria de la organización para tener una visión de conjunto de las actividades de la misma (las organizacio-

nes deben redactar una memoria similar a la de los premios de la Excelencia de Calidad de EFQM), con un máximo de 75 páginas (más de 250 personas en plantilla) y de 35 páginas (menos de 250 personas en plantilla). A continuación realizan la evaluación de la Memoria de la organización utilizando un cuaderno de puntuación, señalando las Fortalezas y las Áreas de mejora. En esta fase de evaluación personal, habitualmente se señalan entre 2 y 5 fortalezas y áreas de mejora por cada subcriterio, incluyendo en el espacio destinado a los temas para visita, aquellos aspectos que el evaluador necesite confirmar o clarificar en la visita a la organización. Posteriormente se realiza una valoración mediante la tabla REDER y, por último, se calcula la media aritmética de las puntuaciones en Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión, para calcular la puntuación total de cada subcriterio.

Fase 2: Preparación de propuesta de consenso

A partir del trabajo personal de cada evaluador, es preciso sintetizar y llegar a un consenso en relación con sus apreciaciones. Para ello, se designan “propietarios”, que son las personas responsables de llevar a cabo esta labor para cada uno de los 9 criterios del modelo, atendiendo a su experiencia o conocimientos y distribuyendo entre ellos los criterios, de manera que el trabajo esté equilibrado. Se debe procurar que un mismo propietario atienda los criterios relacionados. Esta síntesis debe incluir tres rubros de propuestas: de Consenso de Fortalezas y Áreas de mejora, de Temas de Visita, y de Puntuación.

Fase 3: Reuniones de consenso y preparación de la visita

El objetivo de estas reuniones es lograr un consenso a partir de las evaluaciones efectuadas por el equipo y planificar la visita a la organización. Cada propietario dirige la presentación del criterio o criterios sintetizados por él. Durante la sesión, el resto de miembros del equipo expresa sus opiniones acerca de la propuesta de consenso, validándola o enriqueciendo su contenido. Se preparan la agenda y el cuestionario de visita.

Fase 4: Visita a la organización

La visita a la organización es una fase fundamental del proceso de evaluación externa pues es el momento en el que los evaluadores tienen la oportunidad de aclarar cualquier duda. Asimismo, la visita influye fuertemente en la percepción del evaluador acerca de todo el proceso de evaluación, dado que el

trabajo previo de los evaluadores no es percibido de manera directa. Los objetivos fundamentales de la visita a la organización son:

- Aclarar los aspectos de la memoria que hayan quedado confusos.
- Confirmar el grado de despliegue de las acciones enunciadas.
- Confirmar que las áreas de mejora identificadas en el análisis personal de la memoria y en las reuniones de consenso previas, efectivamente lo son.
- Percibir *in situ* el ambiente que se respira en la organización.
- Confirmar la adecuación de las puntuaciones otorgadas o la necesidad de modificarlas, ya sea al alza o la baja.

Fase 5: Reunión definitiva y redacción del informe final

En esta última fase, el equipo de evaluación revisa las explicaciones y evidencias aportadas por la organización durante la visita para corregir, completar o ratificar las fortalezas y las áreas de mejora a señalar en el informe final. El informe final es el documento que entrega el equipo de evaluación a la organización para que ésta conozca cuáles son las fortalezas y las áreas de mejora que un equipo de evaluadores externos e independientes ha encontrado tras una evaluación basada en el Modelo de Excelencia.

La Fundación envía a la organización evaluada un informe que contiene tres partes:

- Acta con la puntuación obtenida por la organización a nivel de criterio y de rangos de 10 puntos.
- Una Visión global, en la que el equipo de evaluación señala aquellos aspectos de especial relevancia para la organización, así como aquellos en la que ésta se encuentra menos desarrollada, así como temas comunes a criterios diferentes.
- Las fortalezas y las áreas de mejora para cada subcriterio del modelo.

d) Experiencia internacional

En casi todos los países europeos se usa el Modelo EFQM, que inicia con la autoevaluación, tanto en hospitales para agudos, clínicas de rehabilitación y unidades de servicio, como en organizaciones de primer nivel de atención. La British Quality Foundation ha publicado y adaptado los criterios del EFQM para las organizaciones de salud.

Algunas organizaciones de salud han desarrollado sus propios instrumentos de evaluación basados en los criterios y subcriterios del Modelo EFQM y han implementado su enfoque directamente en el campo. Este enfoque es lo que la filosofía del EFQM busca. Sin embargo, que las organizaciones tengan libre acceso al modelo implica que muchos proyectos específicos para organizaciones de salud no estén formalmente documentados ni publicados en la literatura inglesa. Lo más común es encontrar información acerca de ellos en conferencias, eventos científicos o reuniones de grupos de trabajo en organizaciones de salud.

Otros países cuentan con experiencias propias de desarrollo del modelo. En la región de Escandinavia hay dos proyectos importantes. Debido a que en Noruega se realizaron cerca de 60 autoevaluaciones hubo un movimiento de los equipos de los hospitales para dirigir los procesos hacia la obtención del Premio Nacional de Calidad Noruego. Además, las asociaciones de calidad locales y regionales desarrollaron un pequeño cuestionario para unidades y grupos pequeños que hoy se usa en 200 servicios. El método es simple, rápido y económico, y la experiencia es positiva porque todos los empleados están comprometidos y se sienten motivados para el manejo de la calidad.

En 1997, el Instituto Holandés KWALITEIT publicó dos guías para organizaciones de salud: 1) Posicionamiento y mejora y 2) Autoevaluación. El Ministerio de Salud de Holanda aprobó el enfoque de las guías. El primer grupo de guías, Posicionamiento y mejora, proporciona ayuda en la gestión de las organizaciones de salud, en especial para lograr una mejora de la calidad más rápida en los aspectos básicos de los nueve criterios y subcriterios mediante la elaboración de una matriz de autoevaluación ENABLERS y de una lista de resultados válidos. Con la ayuda de estas matrices se analizan los indicadores y es posible realizar una evaluación inicial con soportes externos. Este enfoque proporciona un método fácil para la determinación del nivel de calidad de una organización.

Una vez concluida la primera autoevaluación con las guías, se pasa a un segundo grupo seleccionado de guías. Éstas son más difíciles de aplicar y requieren mayor experiencia. La medición del sistema en la autoevaluación mediante el uso de las guías se realiza en rangos de 5 puntos, con una escala del 0 al 100. Muchas organizaciones e instituciones de salud en Holanda acostumbran utilizar el manual EFQM para la autoevaluación. Algunas organizaciones redactan y detallan un informe de aplicación y utilizan en el sitio de visita el enfoque de calidad holandés.

e) Innovación

El modelo EFQM es genérico y conciso, con un alto nivel de validez para sus usuarios. A la vez que contiene concepciones en términos de estructura, proceso y resultados, es muy consistente con las teorías organizacionales de cambio, desarrollo y manejo de las innovaciones, más que con la teoría de la ingeniería y estructura de las organizaciones. Para las organizaciones de salud que se inician en los sistemas de calidad y de gestión de la misma, el uso de este enfoque puede ser relativamente fácil ya que no es complejo.

Cuando se considera apropiado, son fuerzas que pueden ser entendidas en la organización y los momentos de aplicación pueden ser considerados de acuerdo al desarrollo interno de la organización. El modelo resulta atractivo en el contexto de las organizaciones de salud orientadas a las reformas y sus consecuencias para la calidad. Además, al ser genérico, no interfiere en la relación entre los profesionales y la administración y realmente permite el dominio de la autonomía clínica.

Normas ISO

La Organización Internacional de Normalización (International Standard Organization, ISO) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización o estandarización (organismos miembros ISO). La ISO –siglas que casualmente corresponden en español al prefijo que quiere decir “igual”– integra a más de cien organismos nacionales de normalización, y cuenta con grupos técnicos que llevan a cabo la tarea de elaborar las normas internacionales. El trabajo de preparación de las normas internacionales suele ser realizado por los comités técnicos ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las Normas Internacionales son editadas de acuerdo con las reglas establecidas en la parte 3 de las Directivas ISO/CEI. Los proyectos de las Normas Internacionales (FDIS) adoptados por los comités técnicos son enviados a los organismos miembros para votación. La publicación de una Norma Internacional requiere la aprobación por lo menos del 75% de los organismos miembros que hayan sido convocados a votación.

El antecedente de las normas ISO lo constituyen tres normas que con fines militares se crearon en la década de 1960, que planteaban algunos requisitos para un programa de calidad, calibración e inspección. Posteriormente, la British Standards Institution elaboró la serie BS 5750 de requisitos y elementos básicos de calidad que después se reagruparon en las distintas ver-

siones de las normas ISO. A partir del año 1985 comienza en la Comunidad Europea el desarrollo de los principios de normalización de una forma más concreta. Dos años después se crea el Comité Europeo de Normalización (CEN), que al amparo del marco de las normas ISO desarrolla las normas que servirán para la certificación de los sistemas de calidad.

La familia ISO 9000 es un conjunto de normas que establecen los requisitos que deben cumplir los sistemas de calidad. El objetivo de esta normatividad es asegurar la calidad de los procesos y actividades de una organización mediante la promoción de la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente. La ISO establece que las Normas deben ser revisadas al menos cada cinco años con el fin de determinar si deben mantenerse, revisarse o anularse. La revisión del año 2000 ha producido un cambio en la filosofía. Las normas nuevas se enfocan a la organización por procesos y pasa del aseguramiento de la calidad a la gestión de la calidad. Para lograrlo, el énfasis recae en las necesidades de los clientes y usuarios.

El desarrollo progresivo de la utilización de las normas ISO 9000 en el entramado industrial y la evidencia de su aporte en la mejora de los procesos productivos y de servicios, hacen que en el entorno de los servicios sanitarios, y sobre todo en algunas áreas y sectores de los mismos, se haya planteado su posible aplicación como elemento vertebral del sistema de gestión de la calidad.

La correcta adaptación y aplicación de los elementos de las normas a nuestra realidad, permitirá que las bondades y ventajas de la filosofía ISO puedan llegar a incorporarse en la gestión de la calidad en los servicios de salud. Las características de funcionamiento de los servicios centrales de un hospital y su relación con el resto de las unidades hospitalarias, los convierten en un área propicia para la implantación de un sistema de gestión de calidad con las normas ISO 9000. La gestión de los procesos a partir de un adecuado estudio y control de los procedimientos de los servicios realizados constituye la pieza clave para la forma de trabajo de las normas ISO 9000. La implantación de un sistema de calidad de los servicios de salud y la certificación mediante la aplicación de las normas ISO 9000 deben formar parte de la estrategia global de la organización.

a) Normas ISO que se aplican en el Sector Salud

Del total de las normas ISO, algunas tienen mayor aplicabilidad en el Sector Salud, éstas son:

ISO 9001: 2000 Sistemas de gestión de la calidad: Requisitos

La norma ISO-9001 especifica los requisitos que deben cumplir los sistemas de gestión de la calidad. Los cuales son aplicables a toda aquella organización que requiera o desee demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplan los requerimientos de sus clientes y los reglamentos aplicables. Su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente. De acuerdo con la norma ISO 9001, un sistema de gestión de la calidad puede obtener el reconocimiento formal externo (de una entidad certificadora) mediante su certificación.

ISO 14001:2004 Sistemas de gestión ambiental: Requisitos con orientación para su uso

La norma ISO-14001, al igual que la norma ISO 90001, proporciona a las organizaciones los elementos, estructura y organización de un sistema de gestión del medio ambiente. Contiene consideraciones acerca del medio ambiente, así como planes de emergencia y de control operacional, que al ser integrados con otros requisitos de gestión, ayudan a las organizaciones a lograr objetivos relacionados con el cuidado ambiental (reducción de residuos y de contaminación). De acuerdo con la norma ISO-14001, un sistema de gestión ambiental puede obtener el reconocimiento formal externo (de una entidad certificadora) mediante su certificación.

ISO 15189:2003 Requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia de los laboratorios clínicos

La norma ISO-15189 resume los requisitos relativos a la competencia y la calidad que son propias de laboratorios clínicos. Esta norma establece requisitos para los acuerdos de petición, preparación del paciente, identificación del paciente, toma de muestras, transportes, almacenamiento, procesado y análisis de muestras clínicas, junto con la subsiguiente validación, interpretación, comunicación y asesoramiento.

Especificación OHSAS 18001:1999

La Serie de Evaluación de la Seguridad y la Salud Ocupacionales (OHSAS, por sus siglas en inglés: Occupational Health and Safety Assessment Series) establece los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (SST). Capacita a una organización para controlar sus

riesgos de seguridad en el trabajo y para mejorar su funcionamiento en estos aspectos. La serie OHSAS está dirigida a la seguridad laboral de los trabajadores, no a la seguridad de los productos y servicios. Los requisitos que establece tienen como fin su incorporación en cualquier sistema de gestión. Una organización con un sistema OHSAS puede optar por la certificación de su sistema de gestión de seguridad y salud laboral en el trabajo.

Pautas de la Norma IWA en el sector salud

Las pautas para implantar un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9000 en el sector de atención a la salud fueron publicadas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) el 20 de septiembre de 2001 como resultado del primer grupo de trabajo en el tema: el International Workshop Agreement (IWA).

Las pautas del IWA 1 Sistemas de Gestión de Calidad, se basan en la norma ISO 9004:2000, por lo que contienen gran parte del texto de la norma ISO 9004. A manera de complemento, se cuenta con una guía específica para su aplicación en el sector salud. El documento mantiene en su estructura el plan y mejora del sistema de gestión de calidad para organizaciones de salud. Las pautas son voluntarias y hasta el momento no se planteado su certificación. IWA 1 es un proyecto basado en el desarrollo realizado por la Sociedad Americana para la Calidad (ASQ) y el grupo de Acción de la Industria Automotriz (AIAG). El objetivo es ayudar al desarrollo de los sistemas de gestión de la calidad con base en la mejora continua. Pone un acento especial en la prevención de errores y en la reducción de la variabilidad y las pérdidas de la organización en la realización de actividades que no aportan valor al producto.

b) Evaluación según las normas ISO

Al igual que todo modelo de evaluación externa, la evaluación según las normas ISO requiere evaluadores, un proceso de evaluación y un prototipo de informe, así como requisitos para la obtención del certificado.

Evaluadores

Selección. La norma ISO, en el renglón 45012 de los Estatutos, define que el cuerpo de certificación deberá emplear el número suficiente de personal que cuente con la formación y capacitación adecuadas, y con las técnicas de desarrollo y experiencia suficientes para desarrollar la Certificación o funciones de registro, según el tipo, rango y volumen de trabajo desarrollado. Según

esta norma, en el caso del sector salud no es requisito que la evaluación para la certificación sea realizada por “pares”. Para facilitar el proceso de evaluación en el campo de la salud, muchos cuerpos de certificación en Europa emplean auditores que cuenten con cierta experiencia en el campo. Estos equipos de certificación agregan a sus criterios de selección de evaluadores requerimientos específicos, como por ejemplo, desarrollo y experiencia en el trabajo de esquemas de calidad, conocimiento de los esquemas de certificación y un mínimo de 20 días de experiencia de auditoría calificada en el sector salud. Además, se considera que para asegurar la competencia de los evaluadores, es necesario que éstos cuenten con un criterio de madurez para expresar su opinión y entendimiento, habilidades analíticas, educación y lenguaje fluido, así como capacidad de dirección en el manejo de las auditorías. Por lo general, con el fin de asegurar la calidad de la evaluación, antes de iniciarse como auditores, los evaluadores toman un curso de capacitación con una duración de 20 días.

Entrenamiento. La ISO exige que para recibir la certificación oficial como auditores, éstos reciban una capacitación y sean evaluados según programas reconocidos. Algunos grupos de certificación tienen sus propios programas de entrenamiento. La mayoría de los auditores han sido certificados por el Registro Internacional de Auditores Certificados. (IRCA), o por una organización equivalente, la LAIRCA. Lo común es que el entrenamiento dure de 36 a 40 horas y que cubra todos los procesos relativos a la auditoría. Los cursos de entrenamiento son usualmente residenciales, extendidos a cinco días, e incluyen rol-playing, lecturas y, en algunos casos, una vivencia de auditoría. El IRCA requiere que los auditores tengan grado académico y experiencia en el trabajo de calidad y de auditoría. La ISO requiere habilidad para conocer los requerimientos ISO, y la selección del equipo auditor opera según las guías generales de ISO 10011.

c) Proceso de auditoría

Por lo general, la auditoría comienza con una autoevaluación. Para otorgar la certificación ISO, la organización determina la necesidad, el propósito y, en general, el alcance de la auditoría de la institución o cliente, quien cubrirá o presentará evidencias de preparación en alguna de las siguientes formas: documentación, auditorías internas, revisión de la gestión y preauditoría realizada por alguna organización externa.

Dentro de las guías de certificación ISO se especifica que el cliente debe documentar y presentar el contenido de la preauditoría al grupo de Certifica-

ción. La preauditoría deberá incluir información y características en general, así como la descripción de los recursos de la institución, el manual de calidad, información en sistemas de calidad, etc.

Se requiere una agenda o plan de auditoría, que será elaborado por el grupo certificador y de acuerdo con el cliente, identifica los objetivos y alcance de la auditoría, así como los miembros del equipo auditor, el personal responsable de los servicios, la documentación referenciada, el lenguaje de la auditoría, la fecha, el duración del proceso, el horario y los requerimientos de confidencialidad.

La organización debe desarrollar una serie de actividades previas a la evaluación. La primera actividad que debe realizar el grupo de certificación ISO, en colaboración con su cliente, consiste en determinar el alcance de la auditoría y hacer una revisión inicial para asegurar que el cliente está suficientemente preparado para la auditoría. Esta primera actividad se realiza mediante una visita del líder de evaluación. Algunas organizaciones acostumbra dividir esta responsabilidad entre el administrador, quien determina el alcance de la auditoría, y el auditor líder, quien asegura los servicios y discute el horario de la auditoría. La ISO especifica que la decisión final acerca del contenido y lugar de la evaluación es del cliente, pero que deberá determinarse con la asistencia del auditor líder.

El tiempo que dure una auditoría ISO depende del número de empleados, el lugar, los sitios y la complejidad del servicio. Con base en estos factores, la Guía ISO 62 esboza el tiempo requerido para cada auditoría. Por ejemplo, la SGS de Holanda estipula un mínimo de dos días en los servicios de salud.

La auditoría propiamente dicha empieza con una junta de apertura en la que se revisan y aclaran el alcance y los objetivos de la auditoría. Además, en esa junta se presenta al equipo auditor y se hace un resumen del proceso que llevará a cabo y de los métodos de obtención de las evidencias, como son entrevistas, observación de actividades o revisión de documentación. Al cierre de la auditoría se efectúa otra junta o reunión con la organización en la que el equipo auditor presenta sus observaciones y conclusiones previas al informe escrito.

d) Informe

El resultado de la auditoría ISO consiste en un informe detallado del plan de auditoría. Incluye la evaluación de documentos, las observaciones de no-cumplimiento, los protocolos y procedimientos, así como el juicio del equipo auditor. La mayoría de los grupos de certificación incluye un balance de hallazgos positivos y negativos. En Holanda las no conformidades se basan en los nue-

ve aspectos de la HKZ (Dutch Harmonization Model) y el líder auditor también tiene la responsabilidad de suministrar al cliente un informe.

El único gradiente que se presenta es el de No-cumplimiento en grado mayor o menor, de acuerdo con su impacto en la calidad, el producto final o proceso. Esto es, se usa una escala cualitativa. El equipo de auditoría, bajo la dirección del auditor líder, tiene la responsabilidad de efectuar el informe de evaluación o de auditoría ISO.

Según las guías ISO, en la decisión o dictamen final no deberá intervenir ninguna persona que haya participado en la auditoría, aunque es posible consultar al grupo de certificación responsable de la misma. Por lo tanto, un comité participa en la decisión. La ISO no establece la composición del equipo que tomará las decisiones, ni quién es responsable de la decisión. En algunos procesos de evaluación, se efectúan reuniones del comité de evaluación, cuyos miembros son electos por el Cuerpo de Dirección de la Organización Auditora. En otros, la responsabilidad de todas las decisiones recae en un auditor líder (que no participa en la auditoría) empleado por el cuerpo certificador. Cada cuerpo de certificación desarrolla individualmente las reglas para decidir si se otorga o no la Certificación ISO, y este proceso es auditado por una organización externa.

El certificado

Cuando la decisión es positiva y se califica para obtener el certificado, la auditoría aporta una vigencia de tres años. El certificado contiene toda la información de la organización, el nombre, la dirección, la fecha, los términos en la organización de salud, los sistemas de calidad que han sido evaluados, los detalles y el alcance de la certificación así como la fecha de caducidad del certificado. El certificado tendrá el logotipo de la organización que lo otorga.

Las organizaciones que aplican este modelo de certificación suelen realizar evaluaciones intermedias o de seguimiento mediante auditorías anuales o bianuales, de acuerdo con los aspectos previamente evaluados. Si la organización auditada lo requiere, de acuerdo con sus sistemas de calidad, se programa un número de visitas de auditoría con fines de reevaluación. Los servicios deberán indicar qué acciones han realizado para poner en práctica las recomendaciones previas.

e) Aplicación de la norma ISO en el sector salud

La aplicación de las normas ISO en cualquier actividad productiva o proveedora de servicios asistenciales, se puede hacer desde una doble vertiente:

- Aplicación interna. Como conjunto de normas y procedimientos que permitan gestionar la calidad del producto o servicio de la entidad y adoptar en el ámbito de la salud una metodología de trabajo en calidad. Asimismo, se pueden combinar con otros métodos para alcanzar la excelencia. No sólo se pueden aplicar en el contenido del acto médico o en la atención de enfermería, sino también para mejorar la gestión del servicio, a través de la reducción de los tiempos de espera, la medición de la satisfacción del cliente o la obtención de resultados económicos, así como en las áreas de admisión, facturación, archivo de los expedientes clínicos, servicios de radiología, laboratorio, farmacia, atención del usuario, sugerencias, consulta externa, recursos materiales, almacenes, recursos humanos, por mencionar algunos.
- Aplicación externa. Como garantía de la calidad de los productos que llegan a la organización, que actúa como comprador, y como garantía de la calidad de los servicios externos de abastecimiento. Una muestra objetiva y eficaz de la calidad de un proceso, producto o servicio de una organización es la exhibición, por parte del proveedor, de un certificado de cumplimiento de las normas ISO 9000. Esta consideración es de gran utilidad para la organización, ya que le permite dar valor a los servicios o productos que oferta. Especialmente cuando las organizaciones, cada vez con mayor frecuencia, se ven obligadas a recurrir al concurso público para contratar servicios, productos o suministros.

La aplicabilidad de las normas ISO serie 9000, en sus vertientes interna y externa, es compatible con las normas sectoriales del ámbito de la atención a la salud. Incluso pueden servir como parte de un sistema de acreditación propia, como sucede en Holanda. Puede transformarse en una herramienta para conseguir la acreditación en diferentes líneas de productos o servicios, ya sea en sus aspectos normativos, mediante el cumplimiento de las exigencias legales para poder contratar con la autoridad sanitaria, o bien para obtener acreditaciones de más prestigio en el campo de la salud como es la Acreditación.

John Sweeney y Catherine Heaton⁷ realizaron una revisión de la Norma ISO en el sector salud, con los siguientes resultados. La Norma ISO no está fundamentada en el sector salud, por lo que surgen las siguientes preguntas: ¿Cómo se puede aplicar un estándar industrial en los hospitales? ¿Cómo se interpreta la norma? y ¿Cómo se interpreta la jerga técnica propia del sector salud?

El estudio hace una comparación de los documentos guía creados por los cuerpos nacionales para las ISO, que habían sido elaborados en un intento por mejorar las numerosas interpretaciones. El estudio se enfocó en la identi-

ficación de las variaciones que existen entre las diferentes interpretaciones hechas por los países que habían desarrollado guías de interpretación de las normas ISO.

Los resultados mostraron que de 82 países estudiados, siete tienen guías desarrolladas para la interpretación de la normatividad ISO: Australia, Irlanda, Israel, Nueva Zelanda, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos. Cinco países cuentan con interpretaciones de la normatividad pero no generaron guías directas; 23 países no desarrollaron guías y 47 no contestaron la pregunta. De los documentos desarrollados para este propósito, un grupo los usó con fines de certificación y el otro para diferentes objetivos. En especial, para apuntalar el desarrollo de estándares para uso de la normatividad. En la mayoría de los casos, las guías fueron desarrolladas por profesionales de las organizaciones de salud. La revisión de las guías muestra que satisfacen directivas primarias para interpretar la jerga interna de las normas ISO en el lenguaje de la aplicación de organizaciones de salud. El nivel de detalle varía dividiendo los estándares en clases y subclases.

La realización de las guías para la interpretación tiene como misión principal la estandarización de los documentos que se desarrollan en conjunto. El hallazgo más importante es que el uso de las guías nacionales, no garantiza la comparabilidad, el uso de una guía en un país puede resultar contradictorio en otro, tomando en cuenta la individualidad, la legislación regional o nacional o factores culturales. El documento concluye que las guías deberán desarrollarse como guías semejantes a las guías de la medicina basada en la evidencia.

Visitante

El cuarto modelo se ha implantado principalmente en el este de Europa y se conoce como *Visitatie*. Es posible identificar su uso e importancia principalmente en Holanda (*visitatie* es una palabra del holandés que se traduce como visitar). El modelo fue desarrollado por la comunidad de especialistas médicos e introducido a finales de la década de los años ochenta y principios de la década de los noventa como un camino para asegurar la calidad de los servicios otorgados a los pacientes, para reconfirmar la confianza del público, los financiadores y el gobierno, al igual que como un mecanismo de autorregulación de la profesión. Su popularidad ha ido creciendo en el este de Europa, en gran parte por presión externa en las denominadas políticas nacionales de responsabilidad (*accountability*) y por otra parte como un mecanismo interno enfocado al desarrollo de sus miembros.

El modelo de evaluación está inspirado en el modelo *Visitatie* para la enseñanza en los hospitales holandeses. El modelo en la enseñanza ha operado para asegurar la calidad de la formación en las especialidades médicas desde 1967. Veintisiete sociedades médicas de especialistas en Holanda desarrollaron y ejecutaron el sistema *Visitatie*, de médico a médico (revisión por pares).⁸

El propósito del sistema es evaluar la calidad de cada médico tanto en el ejercicio individual como en los equipos clínicos comunes de la práctica médica. La evaluación está planteada en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, y es aplicable al grupo de especialidades médicas.

a) Características del modelo

Según el modelo *Visitatie*, para la evaluación se realiza una visita sistemática de revisión externa por pares seleccionados. Como en los otros sistemas de evaluación externa, el resultado se presenta en un informe de evaluación. La frecuencia de las evaluaciones varía de tres a cinco años siguiendo un estricto procedimiento. En la década pasada, todos los grupos de especialistas holandeses se habían sometido a la evaluación de calidad de uno o más colegios. Los hallazgos de estas evaluaciones son documentados en un informe confidencial, que para cada práctica concluye con recomendaciones de mejora.

La relación entre los evaluadores y los evaluados usualmente termina con el informe. Sin embargo, con frecuencia, éste da lugar a recomendaciones. Los especialistas médicos examinan las recomendaciones y formulan sugerencias para su implementación. Esta última fase queda a cargo de las sociedades médicas.

No existe ningún mecanismo de sanción por el no cumplimiento de las recomendaciones. Se espera que los miembros de las sociedades generen planes de acción a partir de las recomendaciones, que implementen y realicen cambios. Se han reportado cambios positivos en diversas sociedades que han tenido como origen las recomendaciones de *Visitatie*.

b) Características de los evaluadores

El esquema de selección de evaluadores del *Visitatie* puede variar. Sin embargo, a menudo incluye como requisito contar con un registro como especialista en los últimos cinco años o ser miembro del staff clínico de alguna organización reconocida para iniciar evaluaciones.

En particular, se plantea que el evaluador no deberá estar trabajando en la misma región en la que habrá de realizar la actividad de evaluación, ni

ser formador o miembro del equipo de entrenamiento de alguno de los departamentos clínicos que serán evaluados, ni tampoco puede ser miembro promotor del departamento clínico o del staff evaluado.

Los visitadores o evaluadores reciben un día de entrenamiento. El contenido formal del mismo incluye procedimientos, actitudes y técnicas del programa, así como la participación en las primeras visitas con personal específico de retroalimentación.

c) Proceso de evaluación

Previa a la visita de los pares, los miembros de los departamentos clínicos completan un cuestionario de autoevaluación. El contenido de este cuestionario se relaciona con los aspectos generales de la organización y el desarrollo profesional de sus miembros. El documento de autoevaluación se discute en un comité acorde al área que se valorará. Este comité ofrece la mejor oportunidad para seleccionar y discutir los juicios acerca de la calidad con los miembros clínicos y otros miembros del staff antes de la visita de evaluación.

En la agenda de la auditoría, el clínico es el responsable de la visita. El responsable decide a qué miembros del equipo clínico se visitará; la duración de la visita suele ser de un día, pero puede ser de medio día, o de dos días dependiendo del número de clínicos a evaluar, del lugar y la especialidad o práctica a la que se visita. Por lo general, la visita de evaluación se realiza en varias etapas. Es posible identificar:

Actividades de preevaluación

Durante la revisión colegial por pares, se evalúan las condiciones en las cuales se realiza la práctica clínica:

- *Documentación.* Previa a la evaluación los médicos informan al equipo evaluador acerca de la disponibilidad y estatus de las guías clínicas, protocolos e historias clínicas.
- *Observación.* Una de las actividades de la evaluación es la verificación de las guías, su legibilidad, disponibilidad y consistencia.
- *Entrevistas.* Se realizan tanto entrevistas formalmente estructuradas como charlas no estructuradas, mas informales, con todo el personal interdisciplinario del servicio visitado. Durante ésta y las demás actividades se evalúa tanto la satisfacción del paciente como los resultados del tratamiento. La información recolectada a partir de las entrevistas no se limita a los médicos bajo revisión, a la uniformidad del desempeño

médico o al uso de las guías en la práctica médica, también se discute con otros equipos profesionales, como el staff de enfermería, los residentes, el staff de asistentes, y los colegios de otras especialidades. Hay una sesión de retroalimentación al término de cada evaluación.

d) Informe

El informe contiene una descripción del departamento clínico, los hallazgos positivos y negativos y, por último, recomendaciones con sugerencias para la mejora.

El gradiente otorgado a cada uno de los estándares es por consenso. En un primer momento, el equipo evaluador realiza la primera conclusión formal o recomendación hecha. En un segundo momento, el juicio se basa en argumentos de la revisión, y el tercer momento de la calificación es la conclusión con recomendaciones para la mejora.

Lo común es que al término de dos o tres semanas el consejo de Visitatie complemente el informe de los hallazgos de Visitatie del equipo visitador.

Para la mayoría de las asociaciones científicas o grupos colegiados, el proceso tiene un ciclo de 5 años. Después de este tiempo, los servicios son nuevamente revisados por otro equipo de visitadores para realizar el seguimiento de las recomendaciones. En esta visita de seguimiento, se debe mostrar el cumplimiento de las sugerencias previas para la mejora. Algunas sociedades científicas han establecido visitas de reevaluación cada 2 años, particularmente para el cumplimiento de las normas de calidad.

Los resultados de la visita son estrictamente confidenciales, el informe se envía sólo a los médicos visitados. La gerencia del hospital y otros pares que participan en la elaboración del informe de visita suelen ser los responsables de la decisión de discutir o no los resultados de evaluación con los empleados del hospital o con el resto del staff.

Bibliografía

1. Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Oxford: OUP, 1996.
2. Charles D. Shaw, External quality mechanisms for health care: summary of the ExPerT Project on Visitatie, Accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries, International Journal for Quality in Healthcare 2000, vol 12, num 3 pp.169.

3. Bohigas L, Heaton C, Methods For external evaluation of health care institutions; International Journal for Quality in Healthcare 2000;vol 12, num 3,pp 231.
4. Montagu D, Accreditation and Other External Quality Assessment Systems for Healthcare Health Systems Resource Centre, 2003, pp.12.
5. Shyve. P. Accreditation and Globalization. International Journal for Quality in Healthcare 2000, vol 10, num, 6, pp. 467.
6. MIDAS+.™ Comparative Performance Measurement System. 2003.
7. Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care; International Journal for Quality in Healthcare 2000;vol 12 num 3, pp. 207.
8. Lombarts M.,Klazinga N.Supporting Dutch medical specialists with the implementation of visitatie recommendations: a descriptive evaluation of a 2-year project; International Journal for Quality in Healthcare 2003, vol 15,num 2,pp.119.

¿QUÉ ES EL SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN EXTERNA?

ENRIQUE RUELAS, OFELIA POBLANO, ANTONIA I. RODRÍGUEZ

FACTORES A CONSIDERAR EN UN SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN EXTERNA

La acreditación, diseñada en un principio para ser aplicada en organizaciones completas con algunas excepciones, tiene gran importancia en aquellos países donde los programas son completamente operacionales. Por ejemplo, en el Reino Unido más del 30% de los servicios del Sistema Nacional de Salud (NHS) y más del 80% de los laboratorios de patología clínica utilizan la acreditación, mientras que sólo 20% ha logrado una certificación ISO en algunas funciones de la provisión de salud; estos datos muestran que si bien los sistemas pueden coexistir, existe una tendencia a preferir uno de ellos.

La mayoría de los países ha utilizado la normatividad ISO 9000. Su popularidad puede deberse a su reconocimiento internacional y a su aplicabilidad en departamentos y sistemas de calidad específicos, particularmente laboratorios y unidades de radiología. Aunque muchos países utilizan la normatividad ISO 9000, pocas veces se aplica en hospitales completos.

Los otros dos modelos analizados en el capítulo 1, el Modelo de Excelencia de la Calidad y el Modelo Visitatie, están ganando gradualmente popularidad. Hoy, el Modelo EFQM se utiliza en la evaluación de todas las organizaciones públicas en Europa, incluyendo las organizaciones de salud.

Ahora que ya se han examinado la composición, objetivos y usos de los diferentes sistemas de evaluación externa, es posible apreciar una serie de aspectos y temas que es necesario tener en consideración, especialmente cuando se pretende diseñar, implantar o replantear un sistema nacional de evaluación externa potencial. Estos temas son:

a) Transparencia y responsabilidad

La transparencia y la responsabilidad son cualidades deseables en todo sistema de evaluación. Estas cualidades representan el camino para lograr que el sistema sea confiable y útil. El sistema debe estar abierto al escrutinio público, en especial por parte de las organizaciones que son objeto de la evalua-

ción (servicios de salud), de las entidades que lo financian (gobierno y financiadores privados) y de quienes reciben el beneficio de los servicios (pacientes). Los sistemas varían en el grado de transparencia que poseen, dependiendo de si participan o no en el proceso los distintos grupos de interés (*stakeholders*), incluida la sociedad, y de la capacidad existente para hacer pública la información resultante.

Estos temas no solamente están asociados con la confidencialidad y la buena voluntad de las organizaciones, sino también con la naturaleza de la información que se reporta, su utilidad, el origen de los fondos que pagan la evaluación y, finalmente, con la capacidad de la sociedad en general o de grupos específicos (como son aseguradoras, grupos colegiados de profesionistas o el propio gobierno) para utilizar de manera adecuada la información final del proceso. También se relacionan con la posibilidad de que los sistemas de acreditación puedan ofrecer señales útiles al mercado de la salud, por ejemplo, para la elección de proveedores, ya sea individuales o para redes médicas o aseguradoras, como es el caso de Medicare o Medicaid en Estados Unidos, que requiere información a las HMO u hospitales que contratarán, las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) en México, o el EFQM que permite a las organizaciones buscar reconocimiento por la excelencia, a fin de ofrecer una mejor alternativa al mercado de la salud.

b) Grupos de interés (*stakeholders*)

Todos los sistemas revisados ofrecen diferentes oportunidades de participación en el programa para todos los individuos, grupos u organizaciones relacionados con los servicios de salud. Es posible incluir a tantos grupos de interés como se considere necesario y conveniente. Se requiere la participación tanto del nivel de la alta dirección (por ejemplo, miembros de las juntas directivas) como de los niveles operativos de los servicios, ya sea para desarrollar los procesos de acreditación o para el establecimiento de los estándares. Por lo general, se considera que en el diseño de las políticas y del sistema, así como en el desarrollo de los estándares, deberían participar todos los grupos relevantes para cualquier evaluación externa de calidad. Aunque se ha visto que la participación de los pacientes incrementa la transparencia y responsabilidad de la organización, su participación como un grupo más en el desarrollo de estándares y marcos de calidad, aún parece ser limitado.

c) Nivel de participación del gobierno

El interés de un país, o más específicamente, de una Secretaria o un Ministerio de Salud, por contar con un sistema de acreditación y estándares obligato-

rios, es causa de controversia a nivel mundial. La participación del gobierno varía de un país a otro, y está determinada por el contexto social, económico y político del lugar. La pregunta fundamental es si el hecho de contar con un sistema de acreditación obligatorio tendrá un impacto positivo o negativo en el mejoramiento continuo de la calidad y, finalmente, en los resultados observados en la salud y percepción de los pacientes. La literatura aún no muestra una respuesta definitiva al respecto, sino que apenas es sugerente. Algunos autores opinan que un modelo obligatorio puede tener un impacto negativo ya que disminuye las oportunidades de competencia voluntaria y de colaboración, creando un ambiente muy estático sin capacidad de innovación ni cambio. Otros sugieren que es muy positivo legislar a favor de la revisión externa de calidad, pero sin promulgar un enfoque único.

d) Aplicación de sanciones o acciones de mejoramiento

El tema de las acciones a seguir en presencia de condiciones en extremo deficitarias en los servicios muestra variaciones notables entre los diferentes países y modelos de evaluación externa. Tal variación se deriva del nivel de participación que tenga el gobierno y de la semejanza del sistema de evaluación con la regulación, más que de otros factores. En los sistemas en los que la participación es esencialmente voluntaria, las sanciones son limitadas, ya sea para retirar o alterar el estado de acreditación, o para retirar la autorización de funcionamiento o licenciamiento a un servicio.

Si la intención explícita del sistema de acreditación es el apoyo e impulso al desarrollo de la gestión de la calidad, la mayoría de los sistemas incluye elementos claros de mejoramiento continuo para corregir problemas, cuando éstos se detectan. La intención de la evaluación externa se enfoca a la aplicación de acciones correctivas más que punitivas. Por otro lado, en aquellos sistemas en los que el gobierno exige la participación en un sistema de acreditación para su regulación, la aplicación de sanciones tiene como objetivo equilibrar la necesidad de proteger la seguridad de los pacientes y la necesidad de asegurar un adecuado abastecimiento de los servicios.

e) Procesos de mejoramiento de la calidad

Como ya se ha mencionado, en muchos procesos de acreditación se incluye un elemento de mejoramiento continuo de la calidad. Algunos sistemas están basados en ciclos de 2 o 3 años, y el proceso de valoración incluye la aplicación de cierto número de pasos en un proceso que puede durar algunos meses. La valoración actual del desempeño de una organización con base en un

conjunto de estándares, puede llevar de 2 a 5 días. El resultado que se obtiene de tal valoración es una imagen relativamente clara de la situación, muy general en la mayoría de los casos. Por lo tanto, el proceso de acreditación en sí, puede o no dar una imagen precisa del desempeño de la organización en el tiempo.

Una pregunta que necesita consideración es cómo asegurar la operación eficaz y complementaria de la garantía de la calidad y de los procesos de mejoramiento continuo dentro de un marco de calidad. Esta pregunta se relaciona de manera directa con los temas ya mencionados, es decir, con el aseguramiento de un alto nivel de transparencia y responsabilidad; con la participación de los grupos de interés; con la comprensión por parte del gobierno de la función del mejoramiento continuo de la calidad para decidir si debe ser una parte integral de su marco de calidad obligatorio y, finalmente, con el hecho de que las sanciones deben darse dentro de un marco de mejoramiento de la calidad.

f) Medición del impacto de la acreditación en la calidad y la seguridad

De acuerdo con la literatura internacional, por muchos años se ha reconocido que la evidencia de la eficacia y aplicabilidad de la acreditación y de otras evaluaciones externas, es limitada. Sin embargo, en los últimos años ha habido un creciente movimiento hacia el uso de indicadores de desempeño, en un intento por incentivar a las organizaciones a medir el cambio y mejorar en el tiempo. Al parecer, no existe un acuerdo en la literatura en cuanto a si los indicadores pueden medir o no de manera eficaz el desempeño de una organización con respecto de los estándares.

g) Factores que influyen en los sistemas de evaluación externa

Dentro de las tendencias y posibilidades para la provisión de los servicios de atención a la salud, ya sea como una responsabilidad de cada Estado o como un trato comercial entre individuos, numerosos factores señalan que en un futuro, quizá no muy lejano, los diferentes sistemas de evaluación externa de las organizaciones de salud tendrán convergencia en cuanto a estándares, procesos y manejo de los resultados. Sin embargo, existen factores que influyen en dicha convergencia, algunos de ellos pueden ser los siguientes:

- **De carácter legal.** Hoy, la colaboración de los ministerios de salud en el desarrollo de sistemas de calidad busca garantizar sistemas de salud

que tiendan a ser universales. Esto puede ser mediante su responsabilidad legal de la ampliación de la interpretación de las competencias en salud pública (por ejemplo, en la farmacéutica, en el mercado de productos derivados de la sangre o en el intercambio de la información clínica) o mediante la legislación que habrá de utilizarse fuera del sistema de salud pública por aseguradoras o empleadores (como es el caso de la libertad en el acceso y uso de la información, la libertad del comercio de la salud, la portabilidad de los beneficios de salud, la cobertura de seguros y la movilidad en el trabajo).

- **De carácter cultural.** Hoy, el desarrollo de la sociedad ha llevado a una mayor conciencia en la ciudadanía de sus derechos, que la lleva a exigir rendimiento de cuentas (accountability), transparencia y equidad en el acceso y la calidad de la atención a la salud.
- **De la práctica profesional.** En los últimos 20 años, se ha observado que la medicina está dejando de ser una profesión históricamente independiente para convertirse en una práctica cada vez más regulada. En todos los foros se discute cómo mantener la autonomía de la profesión clínica sin que se caiga en una práctica desactualizada y riesgosa. Se busca la armonía entre la práctica clínica y la natural globalización de la medicina basada en evidencias, el incremento de la medición de resultados de la organización, y el logro de objetivos en salud pública susceptibles de ser medidos tanto en términos de eficacia como de eficiencia.
- **De carácter económico.** Esto es, la necesidad de contener los costos, en especial con el incremento en la movilidad de los pacientes, quienes frecuentemente tienen seguros de cobertura multinacionales, acuden a hospitales de consorcios transnacionales, etc. El interés es cómo el mercado internacional de la salud determina la existencia de mecanismos de evaluación externa que aparentemente permitan diferenciar a las organizaciones por su calidad y probable demostración de eficacia y eficiencia.

h) Impacto de la legislación en el uso de los modelos

La apropiación percibida de cada uno de los cuatro modelos referidos por el sector salud es sólo uno de los factores que determinan la prevalencia de un enfoque sobre otro. La legislación es otro factor que afecta el uso y desarrollo de las revisiones externas.

La legislación o falta de ella varía de un país a otro. La falta de apoyo gubernamental para las técnicas de revisión externa ha llevado en algunos países a la proliferación de programas de evaluación externa y en otros, a la

escasa existencia de acciones en pro de la calidad. En el Reino Unido, por ejemplo, una sucesión de papeles blancos desde la década pasada ha incrementado el perfil de la calidad en salud y enfatizado la necesidad de monitorizar la provisión de servicios. En el mismo tiempo, los programas de acreditación se han extendido notablemente, comenzando por el Programa de Acreditación Hospitalaria (HAP), HQS formalmente King's Fund Organizacional Audit y CPA UK.

En otros lugares de Europa los gobiernos han legislado los mecanismos para medir la calidad de los proveedores de servicios. Lo que ha dado lugar a la existencia de toda una variedad de contenidos en la legislación, que abarca desde requisitos de formas de evaluación voluntaria de los servicios (tanto interna como externa) hasta de la participación obligatoria en un modelo aprobado por el gobierno.

Se ha encontrado que en aquellos casos en los que existe un modelo único (a menudo de acreditación) obligatorio, se ven disminuidas las oportunidades de competencia y colaboración con otros modelos de revisión externa y la motivación para el desarrollo de programas de mejora continua. Esto es evidente en Francia, donde la aplicación del modelo ISO se ha visto afectada, y en Bélgica, donde ningún otro modelo es completamente operacional. Sin embargo, en Italia donde la acreditación institucional coexiste con la acreditación voluntaria, ha habido un movimiento hacia la aplicación de estándares ISO, fuerte y no oponente. Por ejemplo, en Suecia, Finlandia y Holanda existe una amplia colaboración entre los cuatro modelos vigentes.

En Italia y en el Reino Unido, donde la provisión de salud es esencialmente pública, la revisión externa se utiliza ampliamente. Esto sugiere la necesidad de incrementar la cultura de mejora continua de la calidad y un intercambio de ideas en toda Europa.

i) Regulación de la acreditación

Cuando los programas de evaluación externa, especialmente de acreditación, son responsabilidad del estado, es frecuente observar riesgos en su permanencia. Se han identificado algunos factores que representan desafíos para el surgimiento, implantación, desarrollo y consolidación de los programas nacionales de acreditación, los más relevantes son:

- **Estabilidad.** La pregunta clave al respecto es si los organismos gubernamentales, ministerios de salud o entidades reguladoras pueden garantizar que definirán, evaluarán y actualizarán los estándares de manera sistemática, consistente y oportuna. En forma tal que respon-

dan a los nuevos programas, a los nuevos tratamientos, a los avances científicos y tecnológicos en un ámbito tan innovador como lo es el de la salud. La experiencia señala que la legislación y las políticas en salud suelen ir muy por detrás de las novedades que la ciencia y la tecnología alcanzan cotidianamente. Un riesgo diferente, no menor, es la frecuente inestabilidad de la opinión de los políticos con relación al sistema de salud, ya que esto ha representado para algunos países cambios drásticos en el financiamiento, la organización y la provisión de los servicios. Como consecuencia de ello, un sistema de evaluación externa con fines regulativos requiere una adecuación a los cambios emergentes.

- **Credibilidad.** En algunos países, la percepción pública con respecto de las acciones regulatorias de los gobiernos es también desfavorable. Esto es, los gobiernos tienen poca credibilidad entre la población, lo que hace poco confiable al sistema de evaluación operado desde las entidades gubernamentales. Sólo la transparencia y consistencia de los resultados podrán ganar, con el tiempo, la confianza de la población, beneficiarios finales del sistema de salud.
- **Adaptabilidad.** La mayoría de los programas son voluntarios, y actualizan y depuran sus estándares de forma anual o bianual. Por lo general, los gobiernos muestran dificultades para poner en marcha todo el sistema regulativo en tan breve tiempo. Asimismo, realizan modificaciones oficiales a normas, reglamentos y probablemente leyes, con una velocidad acelerada.
- **Conflictos de interés.** Lo más confiable para un organismo evaluador es no representar o pertenecer a la parte interesada ni a la reguladora. Esto es, ser el tercero y ser el evaluador significa una garantía de continuidad e independencia. La actual tendencia a la incumbencia gubernamental, representa una inconsistencia con la esencia de la evaluación externa, ya que, a menudo, el gobierno es también proveedor o comprador de servicios. Ser al mismo tiempo comprador (o financiador), regulador y proveedor, suele interpretarse como una tendencia a la búsqueda de estándares mínimos de calidad y no a la búsqueda de la excelencia.
- **Demarcación y consenso.** Los programas de acreditación manejados por los gobiernos, deberán adherirse a la delegación real de poder a las diferentes regiones, provincias, u organizaciones descentralizadas o desconcentradas. La autonomía es muy importante como requisito para ser evaluador, en especial de programas gubernamentales. Además, sin descentralización, es probable que exista duplicación en el costo del desarrollo de los estándares, en el entrenamiento de los evaluadores y en la operación de la infraestructura. Esto representa una amenaza a la

capacidad del sistema para ser sustentable con los recursos disponibles en el nivel nacional.

j) Asociación pública y privada en la mejora de la calidad

La evaluación externa independiente del gobierno existente en Estados Unidos y en Australia, pone énfasis en la colaboración activa entre las dependencias públicas y los organismos privados tendente a conciliar el conflicto frecuente entre la regulación y el desarrollo. Para el éxito de la acreditación, es esencial la colaboración entre el sector público y las organizaciones privadas de acreditación.

El Consejo de Presidentes para la Protección del Consumidor en la Calidad de la Atención a la Salud en Europa, recomendó en 1998 que los programas públicos y privados trabajen juntos en el desarrollo de los estándares, coordinando sus actividades y evitando la duplicación y los conflictos.

En Australia, un equipo recomendó que el gobierno desarrollara formalmente su independencia en los programas de evaluación con criterios definidos conocidos, que deberían activar la diseminación de la información acerca de sus procesos y sus hallazgos al público. Después, otros expertos recomendaron que la acreditación o certificación deberían estar fuertemente impulsadas con incentivos, o bien, hacerlas obligatorias. Sin embargo, la obligatoriedad implica la elección de un modelo. Representa una decisión determinante, en especial si se piensa en la continuidad del enfoque.

Algunas funciones como la definición de estándares, la evaluación del cumplimiento y el tipo de reconocimiento a otorgar, son temas en torno a los cuales se debe buscar el logro de un consenso entre el gobierno y las organizaciones independientes autorizadas para llevar a cabo la acreditación. Existen casos, en especial en Estados Unidos, en los que el gobierno toma la decisión final de contratación de servicios basándose en la evaluación realizada por asesores independientes. La mayoría de los nuevos programas de acreditación o evaluación externa en Europa, han sido de participación pública y privada.

k) Obligatoria por mandato legal o voluntaria

En Estados Unidos, donde existe una fuerte competencia entre proveedores de salud, si bien la acreditación es voluntaria, es necesaria para obtener fondos de Medicare, lo que modifica un tanto la voluntariedad del proceso. En México, la regulación de las ISES introdujo la obligatoriedad de contratar únicamente a hospitales y médicos que han pasado por un proceso de certifi-

cación, sin embargo, el mercado de estas organizaciones es muy reducido. Algunas experiencias europeas, como las de Francia o Italia, han determinado que la participación de las organizaciones de salud en la acreditación sea por mandato legal. El Estado autoriza las funciones de las organizaciones de acreditación para realizar este proceso, logrando una mezcla saludable entre el sector público y el privado.

HACIA LA CONVERGENCIA DE LOS MODELOS

Los cuatro modelos revisados tienen orígenes, objetivos, perspectivas y alcance diferentes. El *Visitatie* y la Acreditación son sistemas cerrados en su conjunto y se han dirigido de manera específica a la atención de la salud, mientras que los modelos ISO y EFQM se ha enfocado principalmente en la alta dirección y en las condiciones organizacionales de ejecución de los procesos. Gran parte del debate en torno a las ventajas y desventajas de los cuatro modelos, en realidad desemboca en la determinación de su complementariedad, y no tanto en considerarlos como mutuamente excluyentes. Las diferencias principales radican en sus orígenes, propósitos, perspectivas y alcance.

Los profesionales clínicos de la salud, mas cercanos a la operación y al contacto con el paciente, tienden a favorecer al modelo *Visitatie* y a la Acreditación. La razón es clara, estos enfoques operan de manera muy estrecha con el trabajo clínico, además de que suelen incluir una revisión por pares, facilitando así la aceptación en el entorno del grupo médico. El entusiasmo de los clínicos parece depender de la voluntariedad de la participación y el origen de la iniciativa de ser evaluado. Cuando la directiva del hospital toma la decisión de participar en la acreditación, puede empezar un prolongado debate entre el corporativo que maneja la organización y los profesionales. El punto álgido del mismo surge porque el programa de acreditación suele establecer sobre el terreno de los profesionales de la salud el dominio de la administración. Esto implica que la misma selección del modelo a utilizar es motivo de debate, ya que algunos modelos están mas cercanos a la clínica y otros parecen ser un método de control de los directivos organizacionales sobre la autonomía de los profesionales de la salud. La popularidad de los modelos parece depender de la claridad con que estén planteados sus objetivos, y de si enfatizan la autorregulación o la responsabilidad. Cuando se promueve la autorregulación, quizá el modelo más cercano a lo que los clínicos demandan es el EFQM. Se considera que éste es relativamente inofensivo y no costoso, y que está dirigido a cimentar el desarrollo de la calidad total. De igual manera, los clínicos tienden a elegir el modelo de la Acreditación o el *Visitatie*, dependiendo de su perspectiva en el manejo del control profesional.

Desde el inicio del Proyecto Expert quedó claro que los modelos no son estáticos, y que el modelo ISO se acerca a al modelo EFQM, específicamente en la orientación al desarrollo y al enfoque en la mejora continua, con énfasis al consumidor. El desarrollo de los modelos ISO y EFQM ha sido fomentado básicamente por la búsqueda de un modelo de sistemas de calidad.

Todos los programas de acreditación tienen una raíz común, sus estándares se desarrollaron en respuesta a legislaciones nacionales, factores económicos, factores culturales y demandas de los consumidores. Por lo tanto, aunque operan de forma diferente, comparten elementos en lo que se refiere a principios y valores. Hoy, la tendencia a futuro es homologar los estándares internacionales.

Tradicionalmente, el contenido de los estándares o criterios refleja el propósito original de los cuatro modelos: desarrollo profesional (Visitatie), provisión de los servicios de salud (Acreditación), organización de sistemas de calidad (Modelos de Excelencia de la Calidad) y sistemas de calidad (ISO). Como ya se señaló, cada sistema de evaluación tiene la obligación de desarrollar estándares nuevos y de incrementar el nivel de exigencia de los ya existentes o, de responder a la demanda de reducir el número de estándares de estructura y proceso reemplazándolos por estándares de resultado.

Los estándares utilizados en los modelos de Acreditación y Visitatie, están incrementando el énfasis en las interfaces del manejo clínico, la medicina basada en la evidencia, y la mejora continua de la atención, con el enfoque en la seguridad del paciente, más que en el manejo gerencial. En los últimos años, la ISQua (International Society of Quality in Health Care) ha desarrollado principios generales para los estándares, basados en el análisis de los programas de acreditación existentes. Esta labor se ha constituido en una base para el desarrollo y contenido de estándares en salud, así como de los estándares del borrador de la Joint Commission International para la Acreditación Internacional.

El cambio en el enfoque de los estándares no es un juicio simple ni sencillo. Por un lado, los estándares de resultado pueden demostrar cómo un buen hospital está contribuyendo a la salud del paciente, pero aún no está claro cómo mostrar que el buen desempeño de un hospital en su organización se refleja en la salud de los pacientes. La base de una organización adecuada es la buena práctica clínica, y la entrega de resultados no satisfactorios al sistema de salud y a la sociedad, puede tener detrás una pobre estructura y un control deficiente de los procesos, hechos que contribuyen a no lograr resultados aceptables en el paciente. Por lo que la responsabilidad pública debe ser conservada en los estándares. Durante los últimos diez años, cada uno de los modelos a tendido a otorgar estándares comprensivos para la organización, el manejo y el desarrollo clínico.

Dentro de la búsqueda de consistencia en los modelos, hay una demanda casi general por un sistema efectivo de monitoreo que aliente la permanencia de los programas de calidad, y que impida que la organización termine por abandonar dichos programas durante el intervalo entre mediciones (generalmente de tres a cinco años). Las mediciones entre evaluaciones se han hecho cada vez más frecuentes, incluso las enfocadas únicamente en indicadores de resultado. Otros mecanismos útiles para la homologación de estándares han sido las versiones nacionales de los premios de calidad, que en el uso de los criterios señalan consistencia entre los países. Asimismo el uso de la serie ISO 9000 demanda una interpretación de expertos para la aplicación en organizaciones de salud, lo que requiere una estandarización que pueda ser aplicada en cualquier país.

Por otro lado, los países europeos reconocen organismos competentes para otorgar un certificado según la normatividad ISO y los programas de *Visitatie*. En Acreditación, la iniciativa llamada Programa ALPHA, de ISQua, define los estándares de operación de las organizaciones de acreditación y ofrece una evaluación independiente a ellas. La metodología del sistema *Visitatie* en Holanda esta perfectamente coordinada con el Instituto Holandés de Mejora en Salud; aunque en otros países esta coordinación es menos consistente o inexistente. Hoy se piensa que la inclusión de estándares de la práctica de la medicina basados en la evidencia y en la homologación del entrenamiento de los clínicos entre los diferentes países, así como en la movilidad de los profesionales, especialmente en Europa, promoverá la convergencia futura de los sistemas de calidad en la atención a la salud.

Otros mecanismos diseñados y gestionados para fortalecer la consistencia de los programas incluyen los procedimientos de auditoría interna, el desarrollo de protocolos de evaluación, entrenamiento y de evaluación de los evaluadores, y la retroalimentación a los clientes y de los grupos independientes de evaluación. De igual manera, se requiere algún tipo de estandarización en el alcance de las actividades, el método y el propósito. La convergencia de los modelos que deberá reducir la fragmentación y, a su vez, incrementar el potencial de la mejora de la calidad en los sistemas de salud es deseable y posible a largo plazo, más no en el corto plazo.

Los financiadores y el gobierno tienden a implantar el modelo más adecuado para proveer el nivel de su responsabilidad. Los Ministerios de Salud deberán favorecer el uso de estos modelos. Aún es tema de debate si la introducción de los modelos logrará un equilibrio de poder entre los actores de los sistemas de salud. El desarrollo futuro dependerá de los cambios alcanzados con los modelos implantados.

En resumen, si bien parece haber una tendencia a la convergencia de los cuatro modelos, es muy difícil señalar si contribuirá a lograr un mejor resultado en el cuidado de la salud. Esto no ha podido ser demostrado. Como ya se señaló, el Proyecto ExPert menciona que el logro de la convergencia puede aportar una mayor unificación con un enfoque que asegure la calidad en la evaluación externa. Todos los modelos tienden a burocratizarse, sobre todo si funcionan por un periodo largo. La aceptación de este hecho debe llevar a la introducción de cambios permanentes y a la mejora continua que puedan innovar la salud. Los sistemas de salud deberán absorber los cuatro modelos y adaptarlos a su contexto cultural, económico, social y político.

LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN MÉXICO: DESARROLLO Y PERSPECTIVAS

MERCEDES JUAN, MANUEL AGUILAR ROMO

ANTECEDENTES

En 1992 la Organización Panamericana de la Salud inició el proyecto de promover la acreditación de hospitales en América Latina. Como respuesta a ello, la Secretaría de Salud de México inició acciones para impulsar la calidad de la atención hospitalaria y, como resultado de ese proceso, en 1994 se constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMSS), en la cual participaban representantes de los sectores público, social y privado. Esta Comisión se definió como un organismo nacional, único, privado, no lucrativo, autónomo, con categoría de asesor del gobierno y con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud. Además, se dio a la tarea de definir su modelo, mecanismo de certificación y manual de estándares.

Los estándares se describieron en un documento denominado *Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria*. Para evaluar su idoneidad, se llevó a cabo una prueba piloto en cuatro hospitales de la Ciudad de México: uno público de segundo nivel, uno de seguridad social de tercer nivel y dos privados de tercer nivel. Los resultados dejaron a la luz problemas estructurales en las cédulas de evaluación, y se hicieron una serie de recomendaciones para su mejoramiento. Esta experiencia no se documentó y se desconocen los resultados obtenidos por los hospitales, sin embargo, fue evidente que el sistema era inoperante.

Además, este primer intento enfrentó otros problemas que influyeron en su abandono. Se pueden resumir en: a) la presencia diluida del gobierno en la estructura de la CMSS, lo que disminuyó la fuerza del proyecto; b) los hospitales se clasificaron *a priori* en diferentes niveles de complejidad hospitalaria; c) se fundamentó en estándares que para esa época ya empezaban a ser obsoletos; y d) se establecieron niveles de rendimiento muy bajo para los hospitales. Por diversas razones, aun cuando la Comisión se constituyó legal-

mente ante un notario público, nunca inició sus actividades de manera regular y todo el proceso previo se vio interrumpido indefinidamente.

En los años posteriores, se constituyeron algunas empresas dedicadas a la asesoría en calidad a hospitales, pero sin fines de certificación. Los criterios elaborados por *Qualimed Corporation* tomaron como base los utilizados por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* de Estados Unidos y los del *Canadian Council on Health Services Accreditation*. Se aplicaron en algunos hospitales, tanto públicos como privados entre 1997 y 1999, antes de la existencia de la certificación como tal.

PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES

En 1998, el Consejo de Salubridad General (CSG), presidido por el entonces Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente y Octavio Rivero Serrano, Secretario del CSG, tomó la iniciativa de crear el Programa Nacional de Certificación de Hospitales (PNCH). El CSG, la CMSS y los asesores de *Qualimed Corp.*, quienes tenían experiencia en los modelos de acreditación de Estados Unidos y Canadá, trabajaron de manera conjunta con el fin de diseñar el modelo mexicano.

Como parte del Programa de Reforma del Sector Salud (PRSS) y la estrategia para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población, en la sesión del pleno del CSG del 8 de marzo de 1999, se encargó a éste último estructurar un plan para iniciar el proceso de certificación de hospitales, tanto públicos como privados, generales o de especialidad y con actividades de enseñanza e investigación.

Para el desarrollo del PNCH, el CSG llevó a cabo un consenso entre las instituciones del sector salud, públicas y privadas, lo que permitió publicar en el *Diario Oficial de la Federación* del 1 de abril de 1999 el "Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales".

El 25 de junio de 1999 se publicaron en el mismo medio "Los criterios para la certificación de hospitales", y el 21 de julio del mismo año, "La convocatoria dirigida a personas físicas o morales interesadas en participar como evaluadores para la certificación de hospitales". En el decreto de operación se introduce la figura de Terceros Autorizados, agencias privadas que serían responsables de realizar las evaluaciones directamente en los hospitales. Con la presencia de las agencias evaluadoras, el modelo diseñado fue una mezcla público-privada.

Los criterios para la certificación de hospitales y los manuales para el evaluador fueron de tres tipos:

- Hospitales de menos de 30 camas.
- Hospitales de más de 30 camas.
- Hospitales de especialidad.

Asimismo, se acreditaron a 16 agencias evaluadoras que se dieron a la tarea de aplicar los criterios y evaluar a los hospitales. Para promover el programa entre los interesados, se publicó una invitación en periódicos y se enviaron comunicados a los titulares de los servicios estatales de salud de la República mexicana, así como a los directores de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Para el financiamiento del Programa, en la sesión del 8 de marzo de 1999, el CSG acordó establecer un estímulo económico –el pago de un porcentaje del costo de la certificación– para los hospitales que participaran en su evaluación, del primer año de vigencia del programa a partir de la fecha de convocatoria. Se acordó que el subsidio para el pago de las evaluaciones fuera de 66% para los hospitales públicos y de 50% para los privados, con cargo al presupuesto del Consejo de Salubridad General.

Entre junio de 1999 y diciembre de 2000, se inscribieron en el programa 704 hospitales; se evaluaron y dictaminaron 519; y obtuvieron su calificación 425, de los cuales 350 fueron unidades hospitalarias públicas y 75 privadas. La distribución de los hospitales por institución se muestra en el cuadro I. En esta etapa del programa, la vigencia de la certificación otorgada a los hospitales participantes fue por 3 o 5 años, dependiendo de la calificación obtenida.

La Comisión no tenía la estructura necesaria para realizar la actividad de difusión. Para subsanar esta deficiencia las agencias autorizadas jugaron un papel activo en la promoción de la certificación entre los hospitales. Las agencias privadas hicieron el trabajo de orientación, educación y en algún caso de convencimiento hacia los directivos hospitalarios.

Cuadro I
Hospitales certificados en la primera etapa del programa de certificación en México, 1999-2001

Institución	Hospitales certificados
Servicios estatales de salud, institutos y hospitales federales de referencia	160
IMSS	144
ISSSTE	21
PEMEX	21
Privados	75
Universitarios	4
Total	425

En esa primera etapa se entregaron, en dos ceremonias, certificados a los directores de los 425 hospitales: la primera, el 27 de marzo de 2000, en el Instituto Nacional de Perinatología, presidida por el entonces Secretario de Salud, Juan Antonio González Fernández; la segunda, el 23 de octubre de 2001, en el Centro de Convenciones del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, presidida por el Secretario de Salud de ese periodo, Julio Frenk Mora.

DESARROLLO DEL MODELO PÚBLICO E IMPLANTACIÓN DE LA RECERTIFICACIÓN

Como consecuencia de la globalización, la certificación de calidad de los productos y servicios ha tomado un auge sin precedentes. Para ser considerados como competitivos, deben contar con el aval de una certificación. Por otra parte, la demanda de la sociedad a sus gobernantes ha hecho que éstos busquen la calidad como un medio para tener mejor aceptación social, además de establecer procesos de atención a la ciudadanía que puedan verificarse.

Con el fin de dar continuidad al Programa Nacional de Certificación de Hospitales iniciado en 1999, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, plantea la calidad como uno de sus retos, por lo que estableció como una de sus estrategias la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y como una de sus líneas de acción la “Certificación de los profesionales de la salud y de los establecimientos proveedores de servicios de salud”.

Para la puesta en práctica de dicha línea de acción se procedió a la evaluación como lo señala el Acuerdo que establece las bases para la instrumentación del Programa de Certificación de Hospitales, en su artículo tercero, fracción VII.

En marzo de 2001 el programa entró en receso en su fase de evaluación (únicamente se recibían solicitudes de inscripción). La Evaluación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales propuesta por el CSG y la Subsecretaría de Innovación y Calidad se llevó a cabo entre marzo y julio de 2001 con el objetivo de mejorar el modelo y modificarlo para garantizar un proceso transparente y mejor controlado. Los resultados de la evaluación señalaron algunas oportunidades de mejora; entre las más relevantes se incluyen las siguientes:

- a) *Incentivos y costos.* El subsidio económico fue quizá el principal incentivo para realizar la evaluación en las primeras etapas; sin embargo, aunque menor, el costo a pagar por el hospital fue considerado como gasto y no como inversión. Para el sector privado, el Reglamento para las

- Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (mayo de 2000) estableció la contratación únicamente de hospitales certificados, aunque se difirió dos años la aplicación de dicha cláusula para que se certificaran.
- b) *Clasificación de hospitales.* Conforme al número de camas y capacidad de respuesta, cada hospital decidió en qué tipo de clasificación inscribirse. Esto generó solicitudes inconsistentes entre el tipo de certificado que deseaban recibir y los recursos y la capacidad de respuesta reales.
- c) *Criterios.* El capítulo de estructura era el más considerado para obtener la certificación, lo que disminuía bastante el peso que debería tener la verificación de procesos de las funciones sustantivas del hospital y de resultados. Un hospital podía alcanzar el mínimo para ser certificado con base en la cantidad de sus recursos y no en la calidad de sus procesos. Por otro lado, no existía una definición de valor ponderal diferencial para cada criterio con una base reconocida. La única diferencia era la “importancia en la calidad de la atención”, y su valor era de 5 o 3 puntos, cuyo total se alcanzaba mediante una sumatoria simple de los subcriterios contenidos en el mismo.
- d) *Estandarización metodológica.* Quizá la principal desventaja fue la variabilidad metodológica al evaluar al hospital. Si bien el instrumento de evaluación fue el mismo, la falta de indicaciones precisas por parte de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales a las agencias significó una variación metodológica no controlada, que de alguna forma hizo poco válida la comparación de resultados. Esta variabilidad se incrementó con la diferencia en los perfiles de los evaluadores de las agencias: desde médicos especialistas calificados con experiencia en el sector salud, hasta auditores empresariales sin experiencia en el sector.

Con los resultados, el CSG se dio a la tarea de reestructurar el modelo, con el fin de coadyuvar hacia la mejora de la calidad de la atención a la salud en el país. En resumen, los esfuerzos del CSG se enfocaron hacia los siguientes rubros:

- Garantizar la representación de las instituciones públicas de salud en la Comisión.
- Establecer las reglas de operación para el funcionamiento de la Comisión.
- Definir los perfiles profesionales de los evaluadores del programa y desarrollar un proceso de estandarización-capacitación para los mismos.
- Invitar a las instituciones públicas y privadas a contar con evaluadores calificados entre su personal.
- Separar los criterios de estructura de los de procesos y resultados, para la dictaminación y certificación de los establecimientos.

- Elaborar un mecanismo de ponderación de los criterios, así como definir los niveles de cumplimiento.
- Establecer la estructura administrativa que permitiera la organización y coordinación del programa.

Por tal motivo, se cambió el nombre de la Comisión, de acuerdo con el marco legal aplicable, a “Comisión para la Certificación de los Establecimientos de Servicios de Salud”, y se publicó el “Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica” en 2002. Se fortaleció la Comisión con la representación de los vocales del Consejo, instituciones de salud públicas y privadas, instituciones educativas, academias, Conamed y ANUIES, así como el Colegio Médico de México y el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de México.

Con el nuevo acuerdo, además de hospitales el programa se extendió a otros establecimientos como los de atención médica ambulatoria, psiquiatría, rehabilitación y hemodiálisis, entre otros. Los criterios de evaluación de los procesos de atención están definidos con un enfoque de calidad, reconocimiento de la satisfacción del usuario, cumplimiento de la normatividad establecida, medición del desempeño y aplicación de acciones de mejora continua, considerando los principios básicos de la gestión de calidad de ISO 9000. El tiempo de vigencia de la certificación es de tres años; las evaluaciones son gratuitas y voluntarias, y las lleva a cabo personal capacitado ex profeso, que realiza su trabajo de manera cruzada, es decir, ninguna persona del equipo puede evaluar un hospital de la institución a la que pertenece.

Para el desarrollo del presente programa se establecieron las siguientes premisas:

- a) Que la certificación no sea el fin, sino el medio para la instrumentación de programas de mejora continua, a través de un proceso de evaluación y del compromiso de la propia organización.
- b) Que las acciones de mejora de la calidad tengan por objeto a la población usuaria de los servicios.
- c) Que el programa de certificación sea:
 - auditable
 - válido
 - confiable
 - por su metodología
 - por su especificidad
 - por su administración

d) Que sea plausible:

- por la honestidad de sus participantes
- por la experiencia de sus dictaminadores
- por la imparcialidad de quien certifica
- por el reconocimiento de la sociedad

El modelo público desarrollado contiene las siguientes definiciones y conceptos:

- *Criterio.* Especificación del desempeño esperado de una acción o serie de acciones.
- *Ponderación.* Valor asignado a cada criterio de proceso o resultado (cuadro II).
- *Calificación.* Valor otorgado a cada criterio por el evaluador, quien mide de acuerdo con los hallazgos señalados en cuadro III.

Cuadro II
Detalle de la ponderación de los criterios de procesos y resultados para la certificación de los diferentes establecimientos de atención médica

Ponderación	Definición
1	Compromete la percepción del paciente hacia la calidad de los servicios prestados
2	Compromete el prestigio de la institución hospitalaria frente a la sociedad civil
3	Compromete el desarrollo de los procesos
4	Compromete la efectividad del diagnóstico, tratamiento o rehabilitación del paciente
5	Compromete la vida del paciente

Cuadro III
Detalle de los requisitos para calificar cada criterio de procesos y resultados para la certificación de los diferentes establecimientos de atención médica

Calificación	Definición
0	No existe evidencia documental
1	Existencia de evidencias y conocimiento del proceso por sus participantes
2	Existencia de evidencias, conocimiento y aplicación del proceso por sus participantes
3	Existencia de evidencias, conocimiento, aplicación y registro del proceso
4	Existencia de evidencias, conocimiento, aplicación, registro y seguimiento y mejora del proceso

- *Dictaminación.* Acto por el cual los integrantes de la Comisión emiten un juicio sobre los resultados de la evaluación, en apego al grado de cumplimiento de los criterios del programa.
- *Certificación.* Acto de validación de la dictaminación que se refleja en la emisión de un documento que establece su temporalidad, así como las áreas de oportunidad donde se deberán efectuar acciones de mejora de la calidad.

Los nuevos criterios están organizados de acuerdo con los diferentes departamentos o servicios que puede tener un establecimiento de atención médica, con un enfoque dirigido a evaluar los procesos de atención. Se considera a los procesos como la columna vertebral de la certificación; éstos deben definirse en el *deber ser* de una organización y deben operarse en consonancia.

Sin importar el tipo de establecimiento, para llevar a cabo las evaluaciones los criterios se agrupan en dos capítulos: el de Estructura y el de Procesos y resultados.

Criterios de estructura

Contienen la descripción y los estándares aplicables de acuerdo con el establecimiento para recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento, insumos, expediente clínico, atención y quejas, comités, organización y métodos, y gobierno. Corresponden a la primera etapa de evaluación que efectúa el personal del propio establecimiento que solicita la certificación.

Estos criterios se encuentran apegados a lo que establece la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley en Materia de Prestación de Servicios para la Atención Médica y la Norma Oficial Mexicana vigentes. Se clasifican en indispensables, necesarios y convenientes; tienen por objetivo comprometer a la institución en el desarrollo de acciones de mejora, y deben cumplirse en 100, 80 y 50%, respectivamente.

Criterios de procesos y resultados

El segundo capítulo contiene los criterios de procesos y resultados, considerados como los más trascendentes para la certificación. Su enfoque está dirigido a evaluar los mecanismos y las acciones establecidas para la atención de un paciente, de acuerdo con el tipo de establecimiento, desde el momento de su solicitud de atención hasta el momento de su egreso, así como los procedimientos administrativos y de apoyo dentro de cada tipo de establecimiento.

Esta parte se dividen en:

- Funciones de atención al paciente.
- Funciones de apoyo a la atención del paciente.
- Proceso para la medición y obtención de indicadores de resultados.

Evaluadores

Durante el transcurso de esta administración, se capacitó a 790 evaluadores de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Por institución, 289 corresponden a los servicios estatales de salud y áreas centrales de la Secretaría de Salud; 223 al IMSS; 139 al ISSSTE; 81 a instituciones privadas; 14 a PEMEX; 21 a la Sedena; 18 a la Semar; y cinco a la SCT. El esquema de capacitación se ha realizado a través de 43 cursos de “Auditor Interno en Calidad” y 14 de “Auditor Líder”, impartidos por la empresa canadiense *Quality Management Institute* (QMI), acreditada por la Entidad Mexicana de Acreditación (EMA).

Este personal ha significado un sólido grupo de profesionales de la salud, expertos en calidad, quienes además de contar con disposición para integrarse a los equipos de evaluadores cuando la Comisión se los solicita, fungen como asesores para preparar a los hospitales para iniciar el proceso de certificación. Conjuntamente con la ponderación, la calificación otorgada por el evaluador a cada criterio permite obtener un resultado definitivo, que el órgano coordinador entrega y presenta a la Comisión para que emita el dictamen correspondiente.

Dictamen

Cuando se realiza la evaluación los criterios se califican con una escala de 0 a 4. El número 4 indica que el establecimiento cuenta con evidencias del proceso mismas que pueden estar documentadas, y que es conocido, aplicado, registrado y con acciones de mejora de la calidad, lo que permite medir el grado de cumplimiento y desarrollo de los procesos.

Con la ponderación y la calificación se elabora el reporte que analiza y discute la Comisión, con lo cual se valoran tanto los aspectos cualitativos como cuantitativos, de acuerdo con las reglas de operación previamente establecidas. Cuando el resultado es favorable el CSG emite un certificado. En los casos en que existe incumplimiento de algún criterio de estructura considerado indispensable o de procesos y resultados que pongan en riesgo la vida del paciente, la entrega de la certificación se condiciona al cumplimiento de estos criterios, para lo que se da un plazo perentorio.

AVANCES

Actualmente, tanto los servicios de salud públicos como los privados atraviesan una coyuntura entre el pasado y el futuro como consecuencia de las reformas políticas, legales y organizacionales, además del portentoso avance tecnológico y el incremento de la demanda y la participación social, lo cual de manera directa o indirecta ha modificado en forma irreversible la prestación de los servicios, que desde hace poco más de 60 años no habían sufrido cambios tan significativos.

Esta demanda, y las que en el futuro se presenten, estarán mejor atendida por aquellas unidades que se encuentren en las mejores condiciones de organización y gestión para la oferta de servicios competitivos, que rebasen las expectativas de los usuarios y compradores de servicios de atención médica, y que, por consiguiente, demuestren una contribución al mejoramiento de la salud colectiva e individual.

Al señalar el Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa de Certificación en cuanto a la ampliación a otros establecimientos de atención médica, la Comisión estableció grupos de trabajo formados con representantes del IMSS, ISSSTE, la Sedena, Semar y la Secretaría de Salud, y con la participación de expertos del Centro Nacional de Rehabilitación, del DIF, del Instituto Mexicano de Psiquiatría y del Comité Permanente de la Insuficiencia Renal Crónica de la Academia Nacional de Medicina, quienes definieron, además de los criterios para hospitales, los correspondientes a los establecimiento de atención médica psiquiátrica, ambulatoria y de rehabilitación. El número de criterios por cada tipo de establecimiento se detalla en el cuadro IV.

Cuadro IV
Número de criterios de Estructura o Procesos y resultados
para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, según su tipo

Tipo de establecimiento	Número de criterios de estructura	Número de criterios de procesos y resultados
Hospitales	363	208
Atención médica psiquiátrica	221	151
Atención médica ambulatoria	343	82
Atención médica de rehabilitación	176	96
Atención médica de hemodiálisis	102	78

Por otro lado, considerando que las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, además de incrementar el costo social de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad, junto con los días de hospitalización y el gasto hospitalario, y reconociendo que este tipo de infección es una complicación en la que se conjugan diversos factores de riesgo susceptibles de prevenir en la mayoría de los casos, la Comisión reforzó el instrumento utilizado en hospitales, incluyendo criterios tanto de estructura como de procesos y resultados, para garantizar las condiciones indispensables de seguridad de los pacientes en los servicios de urgencias, salas de atención de partos, atención neonatal, quirófanos y hospitalización. En especial, se hizo hincapié en que los sistemas de infusión intravenosa de soluciones parenterales cuenten solamente con envases de sistemas cerrados, ya que se ha hecho evidente en otros países que esta medida ha contribuido de manera sustancial en la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

La seguridad de los pacientes, definida como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, está en la agenda de los sistemas de salud del todo el mundo y de los principales organismos internacionales que promueven la salud de la población. La publicación que más ha contribuido en los últimos años a poner en las agendas nacionales e internacionales el tema de la seguridad del paciente fue *"To err is human: building a safer health system"*.*

En esta publicación se dio a conocer que, por ejemplo, en Estados Unidos ocurrían entre 44 000 y 98 000 muertes anuales como resultado de errores médicos. Esto no sólo tiene implicaciones directas sobre el paciente, sino que representa un costo adicional para los sistemas de salud económicamente muy significativo.

Es por ello que en el programa de certificación se incluyeron criterios para los establecimientos correspondientes, relacionados con la resolución tomada por la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004, en seguimiento a los acuerdos de la 55ava Asamblea Mundial de la Salud de 2002, y que se denominó "Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes", la cual contempla las siguientes cinco acciones:

* Institute of Medicine, 2000.

- Servicios limpios son servicios seguros y se orienta al estudio y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Pacientes por la seguridad de los pacientes, enfocada a estimular la movilización y apropiación de la seguridad por sí mismos.
- Taxonomía de la seguridad del paciente, tema relacionado con la estandarización de los conceptos empleados.
- Investigación.
- Informando y aprendiendo.

Entre los diversos criterios a evaluar para garantizar la seguridad del paciente dentro del programa de certificación, se contemplan los de tipo estructural para contar con medios y recursos necesarios que garanticen espacios limpios y seguros; abasto de materiales suficientes para la disposiciones de residuos biológico peligrosos; y el adecuado aseo del propio personal proveedor de la atención directa a los pacientes; establecimiento y evaluación de procesos enfocados a la capacitación del personal de salud en todos sus ámbitos de participación; educación y orientación para el paciente y para su familia en cuanto a medidas higiénicas, el suministro adecuado de medicamentos y soluciones, la identificación oportuna de riesgos para garantizar la seguridad del paciente durante su estancia en los establecimientos de atención médica; además de todo lo relativo a contar con comités específicos para el análisis, estudio e investigación de los factores que induzcan a la ocurrencia de infecciones intrahospitalarias o accidentes en perjuicio de los pacientes.

RESULTADOS

El interés de las instituciones por el programa es evidente, ya que a partir de junio de 2002 participan 862 establecimientos de atención médica, distribuidos de la siguiente manera: 242 de la SSA, 360 del IMSS, 100 del ISSSTE, 136 Privados, 48 de otras instituciones de seguridad social y seis universitarios. Se han dictaminado 368, de los que se han certificado 346 (cuadro V).

Un análisis de los resultados de la evaluación a partir de la reestructuración del Programa ha mostrado que los criterios de estructura considerados indispensables en hospitales y que con mayor frecuencia ha sido necesario corregir son los descritos en el cuadro VI.

De igual manera, en el caso de hospitales, en cuanto a los criterios de procesos cuya ausencia pone en riesgo la vida del paciente, se han identificado como faltantes los correspondientes a servicios de alto impacto para la atención de pacientes graves; servicios para la atención de la mujer embar-

zada y su producto; los servicios de pediatría y imagenología cuando se hacen estudios con administración de medios de contraste (cuadro VII). En los criterios de resultado, el indicador de calidad que generalmente no se cumple es el cálculo de la tasa ajustada de mortalidad, mismo que en la literatura se considera un buen *proxi* de la calidad hospitalaria.

Cuadro V
Establecimientos de atención médica participantes en el Programa Nacional de Certificación, según avance

Institución	Inscritos	Autoevaluación cumplida	Evaluados y dictaminados	Certificados
SESA's	242	80	72	65
IMSS	360	220	173	164
ISSSTE	100	45	21	18
PEMEX	15	12	7	7
SEDENA	7	7	7	7
SEMAR	13	8	8	8
Privados	136	80	70	67
Universitarios	6	5	4	4
Hospital del Magisterio	2	2	2	2
Inst. de seg. soc. estatal	6	3	2	2
DIF	7	1	1	1
SCT	1	1	1	1
Totales	862	464	368	346

* Incluye hospitales generales, de especialidad, psiquiátricos y de rehabilitación

Cuadro VI
Criterios de Estructura indispensables que presentan menor cumplimiento en los hospitales

Criterio indispensable
● Médico especialista capacitado para resolver urgencias los 365 días del año
● Enfermera capacitada en RCP avanzado adulto en urgencias los 365 días del año
● Desfibrilador en urgencias
● Sistema de intubación en urgencias
● Estuches de diagnóstico en hospitalización y urgencias
● Baumanómetro en hospitalización

Cuadro VII**Criterios de Procesos y resultados que identifican cuándo se pone en riesgo la vida del paciente y que presentan menor cumplimiento en los hospitales****En servicio de urgencias**

- Actividades a realizar al recibir pacientes con lesiones que rebasen la capacidad técnica del hospital
- Proceso de referencia contrarreferencia
- Que 90% de los pacientes que llegan a urgencias con lesiones o traumatismos que ponen en riesgo su vida sean atendidos inmediatamente

En servicio de ginecoobstetricia

- Indicaciones para la realización del legrado uterino instrumentado
- Procedimientos que pueden poner en peligro la vida de la madre o la del producto
- Indicaciones para practicar una cesárea

En el servicio de pediatría

- Reanimación inmediata del recién nacido en tococirugía
- Evaluación oportuna y especializada del recién nacido por personal calificado

En el servicio de imagenología

- Existen procedimientos por escrito que establezcan las acciones a seguir en caso de que un paciente presente reacciones adversas al medio de contraste

En la modalidad específica para establecimientos de atención médica psiquiátrica, se han inscrito 24 unidades, tanto de provincia como de la zona metropolitana de la Ciudad de México. La mayoría pertenecen a los servicios estatales de salud (71%), cuatro son privados y tres pertenecen al IMSS. Se ha certificado a ocho de ellos y el resto está en proceso.

En otro caso, es menor el avance en la certificación de los establecimientos de atención médica ambulatoria, a pesar del número existente en el país. Al mes de agosto de 2006 participaban 220, 80% de ellos son del IMSS. Se autoevaluaron 197, y se avanzó en la evaluación de procesos, con la dictaminación de 88 y la certificación de 86.

La participación de los establecimientos de atención médica de rehabilitación y de hemodiálisis aún es incipiente, por lo que sus resultados actuales son pobres. De las primeras sólo se ha certificado a cuatro, y de las segundas ninguna ha concluido su ejercicio.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados descritos en la sección anterior nos llevan a reflexionar sobre el papel de la certificación en la mejora de la calidad. Al alcanzar la certificación, los establecimientos de atención médica deben continuar su mejora permanentemente, ya que ésta es un mecanismo que avala dichos esfuerzos, pero sin constancia es imposible mantener el desempeño alcanzado. Es necesario establecer no sólo procesos adecuados, sino también aquellos sistemas de información necesarios que incluyan registros para el análisis de datos que permitan la toma de decisiones basadas en hechos reales.

En general, son muy deficientes los sistemas de información con que las organizaciones de salud en el país realizan sus estadísticas, toman decisiones y rinden cuentas a la sociedad. Por ello, un área donde la certificación de establecimientos de atención médica deberá realizar avances es precisamente la de indicadores de calidad.

De igual modo, se deberán fortalecer las estrategias implantadas por las diferentes instituciones de salud, para que su personal directivo cuente con formación administrativa y capacidad de liderazgo orientado a facilitar el trabajo en equipo y a la constante profesionalización del personal involucrado en la prestación de la atención médica. Lo anterior con el enfoque de organización, así como para satisfacer la demanda de los usuarios y resolver sus problemas de salud.

Para lograr la mejora no sólo los hospitales, sino todo tipo de establecimiento de atención médica requiere una adecuada estandarización de procesos, verificación periódica e implementación constante de acciones de mejora bajo resultados, con el fin de lograr conformar redes de atención médica que garanticen la calidad del servicio. Ello implica, en principio, identificar los diferentes establecimientos que conforman la red, realizar acciones para la integración operativa de los diferentes establecimientos involucrados, programar y realizar auditorías internas, para estar en condiciones de solicitar las evaluaciones que permitan la certificación de que individual y colectivamente la organización cumple con estándares aplicables a los diferentes tipos de servicios que ofrece.

Por otra parte, es importante que la demanda ciudadana y el compromiso social de los prestadores de atención médica, impulsen la permanencia del proceso de certificación y se identifiquen y establezcan las acciones legales pertinentes para garantizar su continuidad

En resumen, la certificación de los establecimientos de atención médica, como una estrategia hacia la calidad, persigue el establecimiento de acciones de mejora continua. Esto, tanto de la estructura como de los procesos involucrados en los diferentes servicios que ofrece la organización, siempre en función de las expectativas de sus usuarios, tanto internos como externos, con una adecuada y comprometida participación de todos los involucrados y con directivos líderes en la definición, conducción y logro de los objetivos planteados.

LA ACREDITACIÓN DE ESCUELAS Y FACULTADES DE MEDICINA

OCTAVIO CASTILLO Y LÓPEZ, GUILLERMO SOBERÓN ACEVEDO

CALIDAD: LA NUEVA PRIORIDAD

En estos últimos años, ante la excesiva demanda de matrícula en la carrera de medicina, la preocupación por la calidad de la educación figura entre las prioridades capitales de todos los países y seguramente lo seguirá siendo en un futuro previsible. Hablar de calidad de la educación es utilizar una expresión nueva que responde a una preocupación tan antigua como la misma educación.

Cuando se considera a la educación como producto o resultado, no se puede justificar sin recurrir a la ética, y cuando se considera como proceso, se halla vinculada a la necesidad de eficacia de los esfuerzos y medios que se utilizan para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, la entrada del término calidad, en el léxico de los educadores profesionales, de los políticos y del público en general constituye un fenómeno nuevo, aunque desde luego se mencionaban ya desde hace mucho tiempo términos como excelencia, niveles, logros.

La Era del Conocimiento en que vivimos pone a las sociedades modernas desafíos sin precedente histórico. Los vertiginosos avances en tecnología y las comunicaciones instantáneas, que aceleran el proceso de globalización y acercan a la gente y los países como jamás había sucedido, causan un profundo impacto en la educación. E inmediatamente surge la pregunta: ¿cómo vamos a educar a nuestros alumnos para que desarrollen la capacidad de ser funcionales y productivos en un mundo donde el cambio continuo es la única constante? La respuesta tiene tanto de retos como de oportunidades si sabemos afrontar el cambio con creatividad.

Ante el cambio, las instituciones universitarias no pueden ser ajenas al mundo real y deben fundamentarse en la información y en el conocimiento que generan para afrontar los retos de la nueva sociedad. Deben focalizar su estrategia en los siguientes aspectos:

1. Poner énfasis en el ser humano como centro de su quehacer, considerándolo como creador y gestor de información y conocimiento.

2. En la necesidad de desarrollar su potencialidad en todas las etapas de su vida profesional.
3. Poner énfasis en la calidad como una herramienta de satisfacción de las necesidades de desarrollo integral de la persona humana, no solamente de las necesidades profesionales.
4. Poner énfasis en el desarrollo de habilidades formales e informales.
5. Utilizar las herramientas de gestión que le garanticen eficiencia en la aplicación de los recursos y propiciar que se desarrolle una cultura de colaboración e integración entre las instituciones con una visión de ganar-ganar.
6. Proponer estilos de liderazgo participativo basado en el respeto a las personas, diseñando modelos de organización innovadores, fomentando la competencia constructiva.

Diferentes enfoques de la Calidad

Aparte de las diferentes acepciones de la propia palabra calidad, que abarcan tanto lo descriptivo como lo normativo, existen dimensiones distintas del concepto cuando se aplican específicamente a la educación y se han adoptado una diversidad de enfoques para definir y mejorar la calidad de la educación. Tales diferencias resultan inevitables si se tiene en cuenta que la concentración del debate educativo y de la acción práctica varía desde el nivel micro más local de un programa o de una escuela hasta el conjunto del sistema de educación.*

Se ha escrito mucho sobre el significado de calidad en la educación superior, y se han sugerido muchas definiciones; Harvey y Green** (1993) trataron de clasificar las definiciones en cinco grupos que sin embargo se interrelacionan en la forma de pensar sobre la calidad:

- *La calidad como algo excepcional:* la noción de calidad tomada como axioma de que es alguna cosa especial; por ejemplo, clase alta, estándares altos o arriba de cierto nivel.
- *La calidad como perfección o consistencia:* esta noción se enfoca en el proceso y establece especificaciones que se ponen como metas para alcanzar la perfección.

* OCDE.

** Harvey, L. & Green, D. (1993) Defining quality assessment and Evaluation in Higher Education, 18, 9-34.

- *La calidad como propósito de conveniencia*; este abordaje sugiere que la calidad tiene significado en relación al propósito del producto o servicio.
- *La calidad como valor monetario*: esta noción tiene que ver con la eficiencia. Más, o mejor, por menos dinero.
- *La calidad como transformación*; esta visión de la calidad esta basada en la noción de cambio cualitativo, un cambio fundamental de la forma.

Harvey y Green concluyen que no es posible hablar sobre la calidad como un concepto unitario. La calidad debe ser definida en términos de un rango de calidades. Por lo menos, esto debe estar claramente definido en el criterio que cada educador use cuando juzgue la calidad. De modo que se deben tomar en cuenta puntos de vista de expertos cuando se evalúe la calidad.

Esta conclusión concuerda con Woodhouse.* Él arguye que la definición más comúnmente aceptada es la calidad como propósito de conveniencia. Esto permite a las instituciones definir sus propósitos en su misión y objetivos. Así la calidad se demuestra por el cumplimiento de aquéllos.

Esta definición permite la variabilidad entre las instituciones, lo cual es mejor que forzarlas a ser copias unas de otras.

Objetivos y prioridades

Las definiciones de la calidad se hallan crucialmente determinadas por los propósitos educativos. Mas como esos propósitos son formulaciones generales de resultados deseados, entonces, al igual que sucede con la salud o con el bienestar económico, siempre habrá espacio para el mejoramiento. La calidad siempre puede ser mejor. Por esa razón los propósitos no proporcionan criterios absolutos para juzgar cuándo es satisfactoria la calidad.

Razones de interés por la calidad

Reacciones a una era de desarrollo

A riesgo de caricaturizar la historia por excesiva simplificación de los contrastes entre un periodo y el siguiente, es indudable que el periodo de la década de los setenta ejerce aún una influencia profunda en las percepciones y

* Woodhouse, D. (1996) Quality Assurance: International Trends, Preoccupations, and Features. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 21,347-356.

la forma del sistema educativo. Ese fue un periodo inigualado en gastos y matrícula. Existía el firme convencimiento de que la educación era un bien positivo para el individuo, el camino hacia la movilidad social y que para la sociedad constituía el motor de la prosperidad. En ese sentido, la propuesta de la UNESCO muestra un camino seguido por muchos países: ampliación de cobertura, pertinencia programática, política de calidad y equidad.

Demandas económicas y sociales

La década de los setenta del siglo pasado presenció el clímax de la explosión de la población. En efecto, para 1974 la tasa de fecundidad alcanzó una cifra de 6.8 y el crecimiento anual de la población llegó al 3.6 %. En ese año, México estableció su política poblacional cuyos resultados vemos ahora con un descenso por abajo del 3 % y con un incremento poblacional que descendió al 1.8%. Por otra parte la población de 20 a 24 años aumentó en 2.25 veces en los últimos 30 años. Aun cuando el desarrollo económico del país se elevó en el lapso indicado, el número de puestos de trabajo no fue suficiente, consecuentemente muchos jóvenes se acercaron a las instituciones de educación superior que, ante la presión cedieron a la demanda y vieron rebasada su capacidad al sobrecargarse su infraestructura, lo que llevó a un deterioro de la calidad de la enseñanza. Hubo un incremento en el número de instituciones de educación superior (IES). En ese lapso las públicas aumentaron de 82 a 459 y las particulares de 36 a 838. La educación superior se diversificó, pues en estos treinta años el número de programas ascendió de 2 500 a 11 822; 52 % de éstos en instituciones públicas.

El gobierno federal no fue capaz de contender con la demanda. De hecho se dice que favoreció la admisión desmesurada en las universidades, pues le costaba menos un lugar en una institución educativa que generar un empleo. Esto dio lugar al concepto de “universidad guardería”.*

Los dos rasgos dominantes de ese periodo que se inició en el ilusorio periodo de prosperidad de la posguerra (desarrollo estabilizador) fueron la expansión (desarrollo cuantitativo) y ampliación del acceso educativo a nuevos usuarios (mayor igualdad de oportunidades), los cuales proporcionaron el telón de fondo para el desplazamiento del énfasis hacia la calidad, aunque,

* La educación Médica en México. Conferencia presentada por Guillermo Soberón presidente COMAEM, Universidad de Texas, Austin-28 de marzo de 2003.

como es evidente para todos, los conceptos de calidad, cantidad y equidad se hallan inextricablemente entrelazados.

EL PROBLEMA EN LA EDUCACIÓN MÉDICA*

Reformas del proceso y no simplemente de las estructuras educacionales

El ejercicio de la medicina se enriquece y consecuentemente cambia con aclarado dinamismo por las aportaciones científicas y las innovaciones tecnológicas que le siguen y se traducen en nuevos enfoques, nuevos procedimientos, nuevos recursos terapéuticos. En suma, transitamos inmersos en un creciente conocimiento de la fenomenología del ser humano y en especial del binomio salud-enfermedad. Por lo tanto la educación médica se ve presionada para adecuarse a fin de preparar a los profesionales de hoy y, sobre todo, a los que actuarán en el futuro. Su ámbito de acción se amplía, pues ya no se limita sólo a los estudios de licenciatura; en las últimas décadas cobró gran auge el nivel de posgrado –especialidades, maestrías, doctorados– y, más recientemente la educación continua por la impostergable necesidad de reciclar al médico ante el cúmulo de conocimientos nuevos que tienen que enfrentar. La educación médica, asimismo, tiene que contender, ser receptiva y beneficiarse de innovaciones educativas que surgen también con gran ímpetu. Así, se entiende que al igual que tantos aspectos de la vida diaria la medicina se nutra de la biotecnología, de la informática y de las telecomunicaciones, cuyos avasalladores avances dan cuenta de ese tremendo dinamismo, impreso asimismo en la propia educación médica.

Un aspecto que merece especial consideración, pues se vincula estrechamente con la calidad de la educación médica, es el problema de la cantidad de médicos, el número de estudiantes de medicina y el número de escuelas de medicina. Las décadas de los sesenta y setenta presenciaron una gran demanda de educación superior, particularmente en la carrera de medicina, lo que ocasionó un fuerte deterioro de la calidad de la educación médica. Hay que releer los pronunciamientos del maestro Ignacio Chávez, para entender la importancia que él asignó a esa grave situación y sus grandes esfuerzos por frenar el ingreso, principalmente a través de la implantación del examen

* Ibidem obra citada.

de admisión. En los setenta siendo Rector de la UNAM el doctor Soberón, cuando las medidas del doctor Chávez se habían abandonado, hubo un rebote impresionante de la población escolar. La demanda de ingreso a medicina de la UNAM fue en 1972 de 8000 aspirantes y habían sido admitidos 6000. Fue necesario buscar nuevas estrategias, la política que se aplicó a partir de 1974 incluyó entre otras medidas el número clausus decreciente, evitar el cambio de carrera a medicina y la opción de que se pudiera llevar ésta como segunda carrera, junto con el rechazo sistemático de estudiantes de otros estados donde hubiera escuela de medicina. La medida tuvo efecto en la UNAM, pues para 1980 el número de admitidos fue de 2 300 alumnos en la carrera de medicina, que además de la facultad de CU se impartía ya en las ENEP Iztacala y Zaragoza, creadas respectivamente en 1975 y 1976. Sin embargo, el número de escuelas de medicina y el acceso de estudiantes fue favorecido cuando el número de escuelas que existían una década antes en todo el país se incrementó de 29 a 52.

La matrícula llegó a ser de 91 819 estudiantes en 1978, la más alta del siglo XX. En 1978, ingresaron 16 076 alumnos y egresaron 11 586. Las diferencias entre los ingresos y las titulaciones se observan en la figura 1.

El exceso de estudiantes de medicina y de médicos ha determinado un grave problema social, pues existe un serio desempleo y subempleos médicos. En efecto, estudios realizados por Nigenda y Frenk indican que para el año de 1993 existían 173 000 médicos, de los cuales más de la quinta parte estaban subempleados o desempleados. Además de la frustración de quienes han invertido años de esfuerzo, y una buena dosis de energía, se despilfarraron recursos de diversa índole en construir un capital humano que no es aprovechado, con el consiguiente alto costo para el país.

En los años ochenta,* cabe destacar la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos, promovida por el doctor Soberón, la cual vino a constituir un espacio de diálogo que terminara con la época de los reproches mutuos entre las instituciones de salud y las educativas, pues aquéllas expresaban que las universidades no formaban a los médicos que requería el sistema de salud y las educativas se preguntaban: ¿cuál sistema?

Esta comisión se ha constituido en un espacio eficaz de colaboración interinstitucional. No obstante, nuevamente aparecen signos de alarma en la

* Ibidem. obra citada.

Cuadro I
Evolución de las escuelas y facultades de medicina en México

Década	Evolución del número de escuelas	
	Pública	Privada
Antes de 1910	8	
1910-1920	1	1
1921-1930	2	
1931-1940	1	1
1941-1950	1	
1951-1960	6	1
1961-1970	1	2
1971-1980	23	8
1981-1990	1	2
1991-2000	3	13
2001-2003	3	2

Panorama general

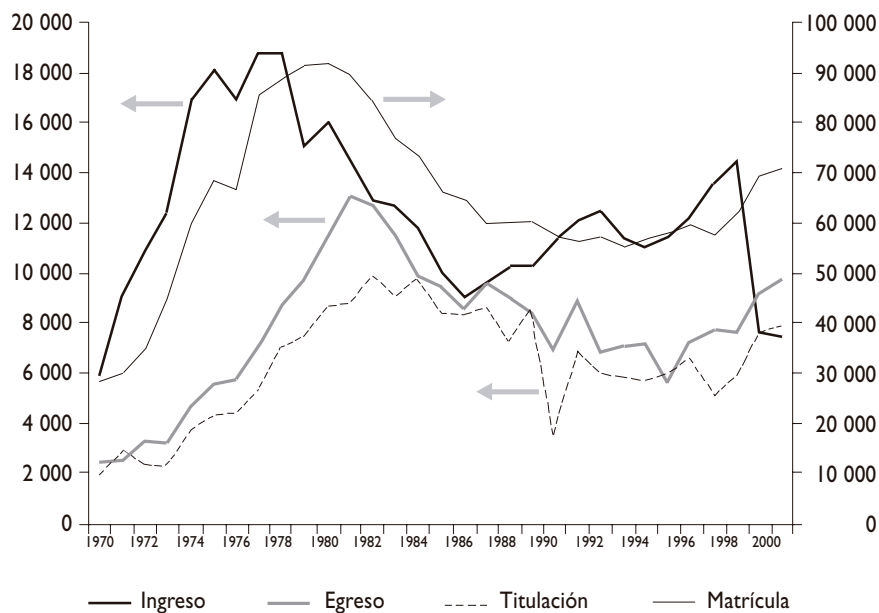


Figura I. Tendencias en el ingreso, egreso, matrícula y titulación en la carrera de medicina

educación médica mexicana, pues en los últimos años, nuevamente se han disparado el número de escuelas de medicina que ya ascienden a 79.

En el año 2000, ingresaron 10 423 alumnos y egresaron 8 360 y la matrícula nacional alcanzó la cifra de 82 063. Información obtenida de la encuesta nacional de empleo Urbano, correspondiente al cuarto trimestre del 2000, indica que en las 44 ciudades más importantes del país, que incluye 70% de la población, se ubican 210 621 médicos graduados que probablemente representan 75% de la población médica mexicana, pues se concentran en zonas urbanas. Alrededor de 35% están desempleados o subempleados. Aunque hay discrepancia metodológica con los estudios originales de Frenk y Nigenda, al parecer, el problema no sólo subsiste sino que se ha agravado.*

EL SISTEMA EDUCATIVO MEXICANO

El sistema educativo mexicano a través de su órgano rector, la SEP, desde los años 70 planteó una reforma educativa basada en la planeación que incidió a través de distintas iniciativas y estrategias.

La primera institucionalización del producto de aquel debate fue la creación en 1979 del Sistema Nacional de Planeación Permanente de la Educación Superior que incluyó cuatro niveles, a saber: la coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CONPES) que cubría el ámbito nacional, ocho Consejos Regionales para la Planeación de la Educación Superior (CORPES), cada uno de los cuales incluía a las universidades públicas y particulares de varias entidades federativas. Treinta y dos Comisiones Estatales para la Planeación de la Educación Superior (COEPES) y en fin las Unidades Institucionales de Planeación (UIP), tantas como instituciones de educación superior se sumaron al proceso. La ANUIES y la Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior (FIMPES) han sido foros importantes para la vinculación en estos esfuerzos de planeación. En 1989 en el seno de la CONPES, se creó la Comisión Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA) a fin de realizar la evaluación del impacto de las medidas para mejorar el desempeño institucional que produjo el proceso de planeación.

La CONAEVA siguió una estrategia dual. A nivel de cada institución y a nivel nacional, o sea, del sistema de educación superior. El primero com-

* Ibidem obra citada.

prendía un enfoque intrínsecamente institucional (autoevaluación) y un enfoque Interinstitucional a cargo de pares académicos; en el segundo intervenían otras instancias : el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), el Consejo del Sistema Nacional de Educación Tecnológica (COSNET), la Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológica (SEIT) y el Centro Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CENEVAL).

Esta evaluación Interinstitucional quedó a cargo de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES), creados en 1991 y que están integrados en nueve áreas de conocimiento.

En un principio se le habían asignado cuatro funciones: evaluación diagnóstica, acreditación, el dictamen de proyectos y programas y la asesoría para formularlos. No obstante, años después se decidió que había necesidad de hacer una evaluación para la acreditación distinta de la evaluación diagnóstica, por lo que en 1997 se inició un sistema Nacional de Evaluación y Acreditación de la educación Media y Media Superior y en 2000 se creó el Consejo de Acreditación de la Educación Superior (COPAES), cuya función es acreditar a las instituciones acreditadoras de programas.

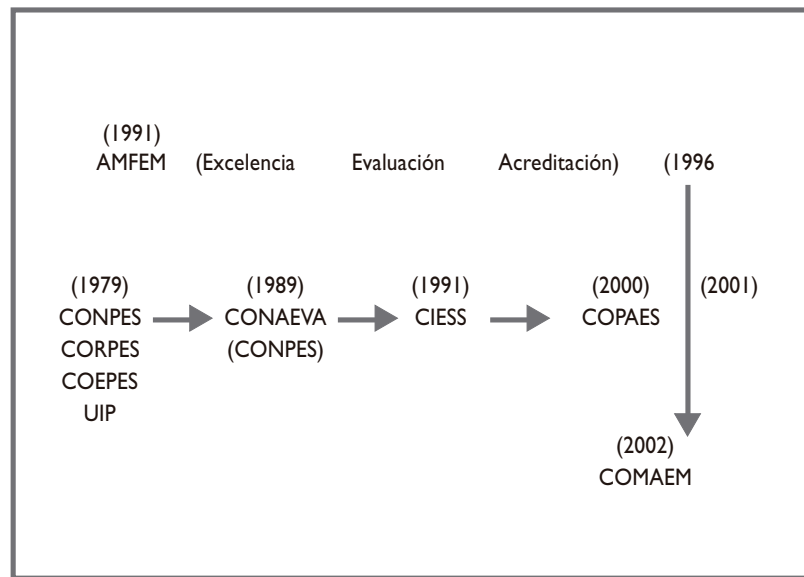
ÁREAS CLAVE EN LA BÚSQUEDA DE LA CALIDAD EN ESCUELAS

La AMFEM

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, creada en 1957, promovió desde su fundación una cultura de buena calidad entre sus agremiados; no es sin embargo hasta 1990 cuando desarrolla un trabajo pertinaz a fin de que sus afiliadas mejoren institucionalmente y se mejore la calidad de la enseñanza. La cohesión de sus integrantes permitió formular programas y emprender acciones que a todos benefician. Éstos decidieron que la excelencia fuera una referencia permanente en la función docente a su cargo y para ello diseñaron diversas medidas. Entre ellas, la creación de un Programa de Calidad de la Educación Médica que integró un sistema de aseguramiento de la calidad del proceso educativo, que fue el origen del Sistema Nacional de Acreditación.

A principios de los noventa se focalizó la estrategia de una educación de calidad y se buscaron las herramientas para poder garantizarla; en Iberoamérica, no existía un modelo en tal sentido, solamente se contaba con un modelo que había iniciado en 1910 y que se había desarrollado en los Estados Unidos a partir del informe Flexner, promovido por la Asociación Médica de los Estados Unidos (AMA) y que se fortaleció con la creación, en la década de los treinta, del Comité conjunto (LCME) entre la AMA y la Asociación de Escuelas

Cuadro II
Evolución de las instancias evaluadoras de la educación superior en medicina



de Medicina Estadounidenses (AACM) cuyo objetivo era acreditar a las escuelas de medicina de ese país.

La AMFEM inició un proyecto en el año de 1991,* que denominó Programa de Calidad en la Educación Médica. En la reunión nacional celebrada en Guadalajara en 1992, se presentó la visión de conjunto del proyecto.** La AMFEM buscó el apoyo de otras organizaciones y lo encontró en la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), que apoyó el desarrollo metodológico del proceso.‡ En el año de 1993, se presentó ante la asamblea de directores de facultades y escuelas de medicina mexicanas con motivo de su reunión ordi-

* Octavio Castillo y López Programa de trabajo del Presidente del Consejo Directivo de la AMFEM, 1991-1993, Tijuana BC, 1991.

** Octavio Castillo y Ramiro Jesús Sandoval. Guadalajara Jal. 1992 Publicación de la AMFEM 1993.

‡ Enrique Ruelas Barajas y Lilia Durán. Doc. Mimeografiado, Mérida Yuc, 1993.

naria en la ciudad de Mérida, Yucatán, el documento que contenía las bases teóricas sobre las cuales se sustentó el sistema, así como los estándares contruidos sobre el proceso educativo en medicina en México, fueron aceptados por consenso en la asamblea. Simultáneamente se desarrollaron los criterios para evaluar la calidad educativa, se realizó un diagnóstico de los escenarios de la práctica médica y del grado como se involucraban en la educación, se seleccionaron pares académicos dentro de las escuelas de medicina mexicanas que fueron capacitados y se constituirían en grupos evaluadores externos de los programas.

El equipo que coordinaría el proceso fue el Comité de Planeación de la AMFEM quien se dio a la tarea de desarrollar los indicadores que servirían para implantar el proceso. Los indicadores se dieron a conocer y se analizaron durante las reuniones nacionales que desarrolló la AMFEM: se aprobaron en 1993 en la reunión nacional de la asociación en Torreón, Coahuila.* Fue hasta el año de 1995 cuando se constituyó un primer grupo de escuelas que se sometieron a una autoevaluación de sus programas con el instrumento resultante; a fines de ese año, el primer programa de medicina sometido a verificación fue el de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. La visita de verificación fue coordinada por una comisión de ex-presidentes y miembros del equipo de planeación de la AMFEM. En el año de 1996, se constituyó el Comité de Acreditación de la AMFEM y se dictaminó la primera acreditación.

Dicha acreditación se condicionó al cumplimiento en el primer año de una serie de recomendaciones. La demás escuelas que había sido pioneras en desarrollar sus procesos de autoevaluación se visitaron en el año de 1996. Durante los siguientes años, se sumaron al proceso las demás escuelas de medicina del país, las cuales vieron la importancia de la evaluación externa realizada por pares. Había nacido el Sistema Nacional de Acreditación de la Calidad de la Educación Médica en México, un sistema que guarda una serie de características que lo hacen especial; por un lado se trató de un modelo desarrollado *ad-hoc* a la educación médica mexicana, con la participación de los actores de la misma, aceptación de todas las escuelas, y promovido por la asociación de sus directores. No existía interés externo alguno que hubiera inducido el nacimiento del proceso, sino la capacidad de autocrítica de los educadores mexicanos que buscaban una mejor calidad de sus procesos edu-

* Reunión Nacional de la AMFEM, Torreón, Coahuila, octubre de 1993.

cativos y la forma de garantizarle a la sociedad que lo estaban haciendo bien, dentro de un marco genuinamente universitario.

No fue un modelo importado, pues no existía ninguno iberoamericano que pudiera ser adecuado a las condiciones culturales y de estructura de la medicina mexicana. No existía tampoco obligatoriedad oficial o gubernamental para desarrollar procesos de acreditación. En el año 2000, se creó en el país el COPAES (Consejo para la Acreditación de la Educación Superior), el cual fue reconocido por la Secretaría de Educación Pública como la institución con la capacidad para reconocer la idoneidad de los organismos que habían surgido con la intención de acreditar programas educativos. Habiendo sido pionero, el Sistema de Acreditación de la AMFEM fue invitado a solicitar dicha idoneidad, por lo que tuvo que sufrir algunas adecuaciones de estructura que dieron como resultado la creación del COMAEM como un organismo autónomo que asumió la responsabilidad y la historia del proceso de calidad iniciado a principio de la década de los noventa. Este sistema acreditador, a partir del 2002, es responsabilidad de Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM).

CALIDAD EN LA ETAPA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

No existen remedios instantáneos para elevar la calidad ni se trata de un ejercicio automático. En muchos casos es cuestión de consolidar reformas hincadas y llevar a cabo por largo tiempo muy considerables esfuerzos para lograr una mejora en cada aspecto de la educación. En otros casos, empero puede exigir un alejamiento radical de las disposiciones y prácticas establecidas; las revisiones de los procesos institucionales, la reingeniería de procesos y la vinculación interinstitucional o las alianzas son algunos ejemplos.

El currículo

El programa sobre diseño curricular que desarrolla la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina es una iniciativa que tiene una importancia capital. De su adopción como un programa particular de cada una de las escuelas dependerá en mucho la creación de una visión de futuro de la educación médica mexicana.

El modo en que el currículo sea definido, planificado, aplicado y evaluado influirá en forma relevante en la calidad de la educación dispensada. El currículo se constituye en la herramienta fundamental, pues expresa los valores, conocimientos, habilidades y destrezas de la práctica profesional, pero

además los valores particulares que la institución universitaria investiga, conserva y trasmite. Ahí se encuentra inmerso y expresado el propósito de la educación y el modo de considerar el problema del conocimiento y su adquisición, junto con la aplicación de éste con un sentido social. No debemos olvidar que nuestras escuelas son parte de una rica tradición no solamente profesional sino universitaria, cuyo fin es la búsqueda de la realidad, y como contacto con ella es fuente y resultado del humanismo, así como uno de los espacios privilegiados donde éste cobra conciencia de sí mismo.

Medición de resultados, evaluación y supervisión

Uno de los peligros que debería contrarrestar la planificación curricular es la tendencia a que las instituciones educativas se vean dominadas por sus técnicas de medición; se debe medir tanto cuanto sea necesario, pero no se debe caer en una tecnocracia que asfixiaría cualquier modelo pedagógico. Las pruebas de distinto tipo tienen su lugar en la evaluación curricular axial, pues al igual que las pruebas de criterio poseen ciertas ventajas porque especifican unos ciertos niveles o criterios que cada estudiante debe alcanzar. El perfil de egreso es valioso cuando se emplea como un medio de medir el rendimiento a través de todo el currículo.

El papel de los profesores

La competencia y la dedicación de los profesores es un requisito vital y previo para el logro de una educación de calidad. Los maestros se ven sometidos al acoso de retos y presiones nuevas, algunos experimentan crisis de identidad profesional. Muchos se encuentran agobiados de trabajo. Resulta cada vez menos claro que debe ser un profesor. En este caso se requiere atraer a buenos aspirantes a profesor, preparar más eficazmente a los nuevos profesores, adoptar medidas para el mantenimiento de la competencia de los profesores, no solamente en sus áreas clínicas sino también en las técnicas didácticas y las innovaciones pedagógicas. Un objetivo debe consistir en reclutar profesores del más alto nivel y ser además compatible con la variedad de métodos, enfoques pedagógicos, personalidades y estilos. Los salarios deben ser atractivos para permitir la competencia con otros profesionales. Se debe buscar que la institución brinde satisfacción laboral. Se deben fomentar los programas permanentes de formación de profesores, creando ambientes no solamente de enseñanza sino también de aprendizaje para los mismos.

Organización de la escuela

La organización de las escuelas se debe modernizar, buscando la profesionalización de los funcionarios, dejando modelos de gestión anticuados e ineficientes, buscando la participación de todos los actores de la vida académica pero también de la profesión a través de la interacción en cuerpos colegiados entre la universidad y los gremios profesionales.

La dimensión de los recursos

Los recursos económicos y materiales siempre son insuficientes, sin embargo debemos apoyarnos en mecanismos de planeación que permitan contar con ellos en forma oportuna, y considerar la diversificación de sus fuentes, la eficacia al obtenerlos y la eficiencia en su gasto.

Consideramos que la participación colaborativa que pueden tener las escuelas y facultades de medicina a través de la participación en sus asociaciones es una de las fortalezas más importantes que pueda tener la educación médica en México. Hay muchos programas que es posible desarrollar y compartir en forma regional o nacional y ser liderados por aquellas escuelas que mejor los puedan implementar. La AMFEM deberá mantener su liderazgo en las políticas de formación, pero necesitará abrirse a la participación con los otros estamentos que tienen la responsabilidad de la Salud en México, pues no se debe olvidar que la educación médica es un medio para alcanzar el bien particular de los pacientes y el bien común de la nación.

EL SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN

El Sistema Nacional de Acreditación (SNA) se basa en un conjunto de normas académicas, técnicas y administrativas que tienen como propósito intermedio regular, orientar y conducir la educación médica impartida en las escuelas y facultades de medicina, a través de los cauces de calidad y excelencia educativa. Del SNA puede emanar información para:

1. Elaborar un programa de desarrollo académico a través de la implementación de las medidas recomendadas, que surgen durante el proceso y que están orientadas a mejorar los niveles de calidad educativa.
2. Solicitar el reconocimiento público a través de la acreditación.

La acreditación de programas educativos en medicina es un proceso voluntario y periódico relacionado con la mejora de la calidad de la educa-

ción, que asegura al público que los programas ofrecidos por instituciones cumplen ciertos estándares establecidos. Es el reconocimiento válido y de carácter público mediante el cual el COMAEM hace constar que un programa institucional cumple con estándares de calidad establecidos en el Sistema Nacional de Acreditación.

Constituye el primer marco global que permite a las escuelas y facultades de medicina confrontar los procesos y resultados de la educación médica que imparten. Fueron desarrollados por los maestros de las escuelas de medicina y consensuados en el seno de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina; del resultado de esa confrontación depende que la educación impartida sea o no considerada de buena calidad.*

Para incluirse en este proceso de calidad, se han desarrollado indicadores, índices, modelos, instructivos y toda una metodología que facilita la evaluación. En caso positivo, el Consejo Mexicano Para la Acreditación de la Educación Médica, extiende un documento que acredita públicamente el cumplimiento de los estándares que aseguran a la sociedad que los estudiantes de un programa de enseñanza se someten a un proceso formativo de calidad. La vigencia de la acreditación es de cinco años a partir del dictamen que emite el Consejo y durante este lapso, las instituciones son instadas a cumplir con las recomendaciones que hubieren surgido del análisis que hace en su oportunidad el Consejo, tanto de la información proveída por la institución como la resultante de la visita de verificación. Las instituciones informan al Consejo anualmente el estado que guardan, y dicha información es valiosa para el historial de la institución.

Ni el proceso de autoevaluación, ni la acreditación, se visualizan como un fin sino como partes instrumentales; integrantes de un sistema de formación de profesionales de la salud. Los elementos que se visualizan se integran en diez grupos de estándares de calidad que exploran la estructura, función, gestión y resultados de un programa de formación de médicos.

Descripción de los estándares

Los estándares propuestos son 79, e incluyen indicadores e índices. Se integran en diez apartados:

* Hernández Zinzún G. La calidad de la educación médica en México. México. Plaza y Valdez, 1997.

1) Bases generales y objetivos educativos

Toda institución que desee incorporarse al programa deberá demostrar que sus objetivos educativos están claramente establecidos y permiten formar médicos generales capaces de: contribuir a resolver los problemas de salud del país, mediante una práctica profesional competente y científicamente fundada; actualizarse continuamente de conformidad con los avances en el conocimiento médico; continuar, en su caso, la formación en el nivel de posgrado.

2) Gobierno y orientación institucional

La escuela o facultad interesada en acreditarse deberá estar integrada a una universidad o institución de educación superior legalmente reconocida, que garantice un ambiente académico propicio para la investigación científica y el desarrollo intelectual y cultural del futuro médico.

3) Plan de estudios y estructura académica

El currículo debe ser un conjunto coherente de actividades académicas, diseñado para dotar al egresado de una educación profesional de carácter panorámico que permita el ejercicio competente de la medicina general.

4) Evaluación del proceso educativo

Toda institución dedicada a la formación de médicos deberá poseer un sistema de evaluación que deberá abarcar tanto el aprendizaje de los alumnos como el desempeño de la institución misma.

5) Alumnos

Para ingresar a una escuela de medicina, los alumnos deberán acreditar los estudios de bachillerato o la educación media superior en una institución educativa legalmente reconocida.

6) Profesores

Los profesores deben poseer logros académicos consistentes con la categoría y nivel de su nombramiento, un conocimiento competente y general de su disciplina, un grado académico superior a bachiller, capacidad para apoyar o contribuir a la investigación científica, originalidad para resolver problemas,

pericia, aptitud para servir como modelo a los estudiantes, vocación docente, formación pedagógica y disposición para trabajar en equipo. Además, será conveniente que el conjunto de los profesores cuente con estudios de postgrado con reconocimiento universitario.

7) Coherencia institucional

La institución educativa y las instituciones de salud afiliadas deben concebirse como un espacio coherente donde el trabajo conjunto, la creatividad y el libre debate de las ideas confluyan en las actividades: educativas, de investigación y atención, para diseminar el saber existente y generar nuevos conocimientos de importancia para la salud y el bienestar de la humanidad.

8) Recursos

Se dividieron en: financieros, infraestructura general, biblioteca, centro de cómputo y centro de idiomas.

9) Campos clínicos

Se establece que éstos son los recursos orientados a proporcionar la enseñanza clínica a los estudiantes de medicina, e implican tanto hospitales como centros de atención ambulatoria, y pueden pertenecer a la propia institución educativa o al Sistema Nacional de Salud.

10) Administración

La institución educativa debe contar con oficinas y profesionales, secretarías, técnicos y personal de intendencia, mantenimiento y vigilancia. La administración debe estar al servicio de la vida académica y asegurar el funcionamiento eficiente, garantizar el suministro oportuno de los insumos requeridos en la docencia e investigación y proporcionar un mantenimiento preventivo. Además debe asegurar el manejo óptimo de los recursos y evitar el dispendio.

Procedimiento de acreditación

La instancia acreditadora que se constituyó fue "la Comisión de Acreditación; posteriormente se transformó en Comité de Acreditación. El Comité quedó integrado por la AMFEM, la SEP y la SSa. En octubre de 1996 se agregaron los representantes de las academias de Medicina y Cirugía.

En 2002 se constituyó como organismo autónomo y a partir de entonces se denomina Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica AC. El COMAEM integra también como observadores a distinguidos educadores médicos y a los departamentos de educación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y al Colegio Médico de México.

Como mecanismo de ingreso al Sistema de Acreditación, la escuela o facultad informa al Consejo el inicio del proceso de autoevaluación. El Consejo envía los materiales e informa el costo del servicio. La escuela realiza la autoevaluación del programa y llena los formatos (Instrumento de Autoevaluación, Datos Generales e Informe Final). La escuela envía al Consejo la solicitud formal de la visita, los formatos debidamente contestados y en formato digitalizado la información de soporte de la autoevaluación. El Consejo designa un equipo de verificadores.

Procedimiento de verificación

La escuela y el coordinador del equipo verificador fijan la fecha de la visita. Una vez realizada la visita de los verificadores, el secretario del equipo de verificación elabora un informe de la visita.

El Consejo se constituye en comité de acreditación, analiza la información entregada por la institución y los informes de la visita de verificación, y emite un dictamen.

Tipos de dictamen

- Acreditado por cinco años.
- No acreditado.

El resultado del análisis se informa a las instituciones y el dictamen se hace del conocimiento público a través de la página Web del COMAEM y del COPAES.

Seguimiento de la acreditación

El Consejo realiza un seguimiento de las recomendaciones que emite en sus dictámenes a través de la comunicación periódica con las instituciones. En ocasiones, dependiendo del carácter de las recomendaciones, ordena la realización de visitas a las instituciones para la evaluación de su cumplimiento.

Al finalizar la vigencia temporal de la acreditación, las instituciones vuelven a realizar un ejercicio de autoevaluación para solicitar su reacreditación, sobre la base de los mismos estándares de calidad.

Reacreditación

A diez años de haberse acreditado el primer programa de medicina mexicano y a quince de haber iniciado el sistema de acreditación, existen programas que han cumplido su vigencia y nuevamente se han sometido a autoevaluación y a un nuevo proceso para mantener su acreditación. Sin embargo, se encuentra en proceso un estudio sobre el impacto que ha tenido este sistema en la calidad de la educación médica mexicana, que publicaremos en su oportunidad.

Hasta ahora, la reacreditación se ha llevado a cabo utilizando el mismo procedimiento que se ha empleado para la acreditación, es decir, el programa se somete a una autoevaluación que produce un documento al que se integran una pléyade de documentos probatorios que hacen la evidencia. La institución entrega además un análisis de fortalezas y debilidades y se programa una visita de verificación por parte del COMAEM. Una vez celebrada dicha visita, que realiza un equipo ad-hoc durante tres días, y como resultado de la discusión de la misma, el secretario del equipo entrega un informe al Consejo. El informe se presenta en una reunión del consejo, constituido en comité acreditador, donde se discute la información general de cada programa, la información proveída al Consejo por la institución, el informe de la visita de verificación y la información solicitada especialmente por el Consejo. Se emite un dictamen: acreditado por cinco años o no acreditado. Se da a conocer el dictamen a las autoridades universitarias y escolares y se anexa un documento con las consideraciones pertinentes a cada caso. La única variable en la reacreditación ha sido la focalización que se hace para revisar el cumplimiento que han alcanzado las recomendaciones hechas con motivo de la primera acreditación.

AVANCES Y RESULTADOS

El Sistema Nacional de Acreditación de los programas de formación de médicos mexicanos se ha aplicado en la actualidad (septiembre de 2005) en el nivel de pregrado, es decir a los programas iniciales de formación que ofrecen las escuelas y facultades de medicina. De los 79 programas que en la actualidad existen legalmente, ya sea porque se crean a través de la facultad que el gobierno da a las universidades por la ley de autonomía recogida por la Constitución Política Mexicana o por el otorgamiento que la Secretaría de Educación Pública da a los particulares a través del Recurso de Validez Oficial de Estudios (REVOE). Se han realizado 77 visitas y evaluado 56 programas. Han obtenido la acreditación 47 programas y nueve no han acreditado. De los 47 programas, en cinco ha vencido la vigencia de su acreditación y no se han

reacreditado. Catorce programas se han reacreditado. Los programas faltantes se encuentran en diferentes fases del proceso, algunos han iniciado recientemente su proceso de autoevaluación.

El Sistema Nacional de Acreditación en Medicina es un sistema dinámico y se adecua a los avances y necesidades de la educación; mantiene un programa de revisión de sus estándares, que se han evaluado en forma integral en tres ocasiones, y los mantiene actualizados; está desarrollando modelos de ponderación de los mismos en aras de establecer mecanismos más objetivos y ha sido particularmente cuidadoso en mantener informada a la sociedad a través de los informes que comparte al COPAES, y al público en general en una página web,* donde es posible consultar desde los objetivos del Consejo, su integración y los procedimientos hasta los estándares y los indicadores buscados, el código de ética y el estado que guarda la acreditación de los programas de enseñanza de la medicina en México.

* www.comaem.org.mx.

LA CERTIFICACIÓN DE MÉDICOS EN MÉXICO

VÍCTOR M. ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente capítulo es dar a conocer, o recordar, el desarrollo de los consejos de especialidades médicas y de la certificación de los especialistas, ya que representan el gran esfuerzo realizado por los médicos para elevar sus conocimientos y la calidad de los servicios brindados, lo que sin duda ha redundado en beneficio de una mejor atención a los pacientes.

La certificación de los médicos es un tema trascendente que deben conocer no sólo los profesionales de la medicina, sino también las autoridades y el público en general.

a) Algunos antecedentes históricos de la reglamentación en el campo de la medicina

Sería difícil comprender la existencia de la certificación o acreditación de profesionistas o instituciones, si antes no existen decretos de carácter político o gubernamental que dicten las normas y reglamentos que deben cumplirse para ejercer una profesión. Esto es, para ser acreedor a una certificación en alguna rama de la ciencia o bien, para que una institución sea aceptada oficialmente como prestadora de un servicio profesional o semiprofesional.

Por ello, desde hace siglos, gobiernos y sociedad se han preocupado por reglamentar el ejercicio de la medicina. Gracias a esta preocupación, por una parte fueron surgiendo leyes, normas y preceptos para regular su práctica. Por otra, al correr de los años se favoreció la certificación de quienes la ejercen, con la intención fundamental de lograr un control de la calidad, proporcionar los medios para elevar continuamente los conocimientos y proteger a la sociedad de personas que se designan a sí mismos como médicos o especialistas sin serlo.

Prácticamente en todos los países del mundo, las autoridades han reglamentado el ejercicio de la medicina, con la promoción y apoyo de la sociedad y particularmente de los médicos, quienes desde el inicio de la profesión,

han demostrado su inclinación por investigar, aprender y acatar normas y reglamentos a fin de estar al día en la rama de la ciencia que cultivan y así poder brindar una mejor atención a los pacientes.

La palabra profesión proviene del latín *professio*, y alude a la declaración pública del compromiso que adquiere el sustentante en el ejercicio de sus labores cotidianas. Por ello, desde que la medicina empezó a considerarse como una profesión, los médicos han aceptado la necesidad de contar con un control y vigilancia adecuados de su actividad. Sin embargo, cuando aparecen la libre competencia y las asociaciones médicas, surgen una mayor supervisión y observación del gobierno y de la sociedad.

Sirvan algunos ejemplos para recordar disposiciones que demuestran la tendencia de los gobiernos a reglamentar el ejercicio de la medicina y a sus practicantes. Hammurabi, gobernante de Babilonia del siglo XVIII a.C. –hace casi 4000 años–, legó un extenso código legal que contiene normas para regular el ejercicio de la medicina y penas muy severas para quienes no las cumplieran, aplicables en cualquiera de las ciudades del imperio. El código contenía diez normas breves y 282 reglas que regulaban el ejercicio de la medicina.

En la India, las “Leyes de Manu” –emitidas antes de la era cristiana– reglamentaron el ejercicio de la medicina y su enseñanza. Varios hechos importantes ocurrieron en la reglamentación de la práctica de la medicina. En el año 1140, Rogelio de Sicilia prohibió el ejercicio médico si los solicitantes no acreditaban previamente un examen; y el emperador Federico II, nieto del anterior promulgó leyes que especificaban adiestramientos teóricos y prácticos, que deberían cumplir los candidatos a obtener una licencia para el ejercicio de la medicina.

En el siglo XI, Fernando III Rey de España, por fuero real declaró: ‘Nadie podrá ejercer la medicina sin ser aprobado por otros médicos y logrado una carta testimonial’. Esta acción sin duda fue heredada de los árabes, quienes desde muchos años antes del siglo citado establecieron, en la España musulmana, la obligación de obtener, previo examen, un título para la práctica legal de la profesión. En Aragón, el rey Alfonso III, en 1285, ordenó que los médicos fueran examinados por prohombres del lugar. Años después, en 1422, se estableció en España el tribunal de alcaldes examinadores y para 1498 el tribunal era el que examinaba a los médicos y otorgaba licencias para el ejercicio de la profesión. Por disposición de los Reyes Católicos, este tribunal funcionaba en todos sus reinos, para examinar a los físicos, cirujanos, embalsamadores, boticarios, especiaros y herbolarios. Este tribunal y no la universidad, ni los gremios, era el que examinaba y otorgaba licencias para el ejercicio de las profesiones. Un hecho de gran trascendencia en la historia de la regla-

mentación de la medicina ocurrió durante el reinado de Felipe II, quien dejó bien establecidos y organizados los Protomedicatos, se puede decir que fueron los primeros Consejos. Los médicos acudían al Real Tribunal del Protomedicato, para obtener la aprobación.

En 1511 en Inglaterra, Enrique VIII reglamentó el ejercicio de la medicina, para lo cual, estableció un consejo de certificación que funcionó durante 300 años. En 1518 el Colegio Real de Médicos de Londres, fue autorizado como la única corporación que podía permitir la práctica de la medicina en la ciudad y comarcas circunvecinas.

Para finalizar esta breve relación de hechos históricos, considero importante citar algunos de los acontecimientos ocurridos en México al respecto antes y después de la conquista.

En México, desde antes de la llegada de los conquistadores, el ejercicio de la medicina requería de la autorización del gobierno, como cita el Dr. Flores y Troncoso en su libro "Historia de la Medicina en México". El autor, al referirse al ejercicio y reglamentación de la medicina precortesiana relata que los Aztecas contaban en su gobierno con cuatro Consejos, uno de los cuales se llamaba Instrucción Pública, que entre otras funciones, era el encargado de reglamentar, autorizar los exámenes y dar la aprobación a quienes querían dedicarse al ejercicio de alguna profesión científica.

En 1525, poco tiempo después de la caída de la capital azteca, el cabildo autorizó a Diego de Pedraza y a Francisco Soto para ejercer la profesión de cirujanos; y en 1527 el cabildo facultó a Francisco Soto a enseñar cirugía a quien lo solicitase. Los nombramientos citados se originaron por la carencia de médicos graduados. Pues seguramente, si éstos existían, se encontraban con Cortés y sus capitanes en las expediciones de los primeros años. Esta falta de galenos originó una gran proliferación de curanderos que ejercían como médicos, por lo que el Ayuntamiento, alarmado, expidió la primera Ordenanza de Médicos en la que se mandaba que: "Ninguna persona que no sea médico o cirujano examinado e tenga título, no sea osado de curar de medicina ni cirugía so pena de sesenta pesos oro". Lo citado sin duda fue el primer acto oficial de reglamentación médica.

El primer protomédico de Nueva España fue el Dr. Don Pedro López, quien trajo poderes de los Protomedicatos de Madrid; poderes que presentó al cabildo el 11 de enero de 1527, lo que le permitió entrar en el pleno ejercicio de sus facultades. El Dr. López y los regidores examinaban y autorizaban a los aspirantes a ejercer la medicina y sancionaban a los que curaban sin estar autorizados. El ayuntamiento continuó nombrando a los protomédicos hasta 1630, cuando el virrey Conde de Salvatierra puso al Protomedicato bajo la jurisdicción virreinal.

Los datos citados indudablemente constituyen las primeras reglamentaciones de la práctica de la medicina en el continente Americano. Durante toda la época colonial, la reglamentación del ejercicio de la medicina correspondió al Real Tribunal del Protomedicato. En 1821 se consuma la independencia y en 1822, el doctor Miguel Muñoz propuso una reforma radical y de avanzada en la enseñanza de la medicina y en su ejercicio profesional. El proyecto también planteó que el protomedicato fuera sustituido por una Junta de Sanidad, que propondría las reformas que se consideraran necesarias para el ejercicio y reglamentación de la medicina.

El 21 de noviembre de 1831, por ley, desaparecía el colonial, legendario y vetusto Tribunal del Protomedicato, que duró dos siglos y un año a cargo de la enseñanza y reglamentación del ejercicio de la medicina. El Tribunal fue sustituido en todas sus atribuciones por una junta denominada Facultad Médica del Distrito Federal, compuesta por ocho profesores médicos cirujanos y cuatro farmacéuticos. La Facultad tenía dos funciones primordiales: aplicar los exámenes de certificación de médicos y farmacéuticos y actualizar el código de leyes sanitarias. Para muchos, este órgano sólo sirvió como junta examinadora, pero fue un paso importante para iniciar una nueva era muy favorable para la medicina mexicana.

Después de unos años de trabajo, el 20 de abril de 1840, la Junta Médica dio origen al Consejo Superior de Salubridad, encargado de otorgar la licencia para que se practicaran exámenes profesionales en la Escuela de Medicina; extender la autorización para ejercer la medicina, y normar y vigilar el ejercicio de la profesión médica. Todo ello tendiente a proteger al pueblo de los charlatanes. La fundación del Consejo Superior de Salubridad fue tan importante que aún a la fecha subsiste con el nombre de Consejo de Salubridad General. Su principal función ha sido la protección de la población a través de la reglamentación y vigilancia del ejercicio de la medicina. Prácticamente desde la última fecha citada hasta 1939, no hay acciones trascendentes en relación a la reglamentación del ejercicio médico, aunque sí se llevaron a cabo acciones que fincaron las bases para el desarrollo de las especialidades médicas.

A partir de 1940 se suceden actividades importantes para la reglamentación de la medicina que culminan el 30 de diciembre de 1944, cuando el Presidente de la República expide para su debida publicación y observancia, la Ley Reglamentaria de los artículos 4° y 5° Constitucionales, relativos al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y territorios federales. Dicha ley fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 1945 y dentro de sus numerosos artículos, es importante, para el tema de interés, leer especialmente los artículos 1°, 3°, 5°, 21 y 23.

Finalmente, el artículo 16 correspondiente a Transitorios dice: “La Secretaría de Educación Pública procederá a organizar la Dirección General de Profesiones (DGP); en el término de seis meses a contar de la fecha de la vigencia de esta ley. Cumpliendo con lo dispuesto en este Transitorio, en 1945 inició sus actividades la DGP, que es una unidad administrativa del Ejecutivo Federal. Fundamentalmente tiene a su cargo vigilar el ejercicio profesional, registrar los títulos profesionales, extender las cédulas correspondientes, autorizar el ejercicio de una o más especialidades y fungir como enlace entre el Estado y los Colegios de Profesionales”.

b) Antecedentes de la Certificación en el Extranjero

Antes de mencionar los acontecimientos ocurridos en México durante el siglo XX en relación con la reglamentación de especialidades y consejos de certificación de especialistas, es indispensable señalar algunos hechos sucedidos en Estados Unidos, específicamente durante los siglos XIX y XX, debido a su estrecha relación con los objetivos de este capítulo.

La creación de un organismo de control del ejercicio de la medicina en Estados Unidos fue propuesto por la Sociedad Médica del Estado de Nueva York. Data de mediados del siglo XIX, exactamente en 1846, y surge como respuesta al caos predominante tanto en la enseñanza como en la práctica de la medicina. En consecuencia, en 1847 se funda en Filadelfia la Sociedad Médica Americana, primera en promover la formación de los consejos estatales de examinadores en las escuelas de medicina.

En ese país continuaron los esfuerzos por aumentar la calidad de la medicina especializada y de quien la ejerce y así, en 1908 durante la presidencia del Dr. Derrick T. Vail en la Academia Americana de Oftalmología y Otorrinolaringología, se propuso por primera vez el concepto de *Specialty Board* (Consejo de Especialidad). Las palabras pronunciadas por este eminente y visionario médico anunciaban los tiempos por venir: “Espero que un oculista tenga que realizar una preparación y entrenamiento preliminares, en alguna institución de posgrado, antes de obtener la licencia para ejercer la oftalmología y que ésta sea concedida por un consejo que lo examine y registre”.

Paralelamente en ese país, se había generado una gran preocupación en la sociedad, pero sobre todo en la comunidad médica, por la deficiente calidad de la enseñanza y práctica de la medicina. Por ello, se organizó un grupo de estudio encabezado por el Dr. Abraham Flexner bajo el patrocinio de The Carnegie Foundation. En 1910 se publicó por primera vez el famoso “Reporte”.

En 1915 los conceptos vertidos por el Dr. Derrick motivaron la emisión de la recomendación para establecer un consejo de especialidad en la Sociedad Americana de Oftalmología, en la Sección de Oftalmología de la Asociación Médica Americana y en la Academia de Oftalmología. Estas agrupaciones propusieron los requisitos para el examen de certificación de los candidatos; entre los más importantes se se pueden mencionar: a) haber cursado la carrera de médico cirujano en una escuela de buen nivel, y b) haber realizado estudios de oftalmología durante dos años. La propuesta fue aprobada por las tres instituciones mencionadas, y en 1917 quedó oficialmente reconocido el primer consejo de especialidad, el Consejo de Oftalmología. Su ejemplo fue seguido y se formaron otros consejos. En 1924 se fundó el Consejo de Otorrinolaringología y en 1930 y 1932 el Consejo de Obstetricia y Ginecología y el Consejo de Dermatología, respectivamente.

Las reformas continuaron y en 1933 se estableció el Consejo Americano de Especialidades Médicas (American Board of Medical Specialties, ABMS) que es el organismo cúpula que regula a los consejos de especialidades aprobados en Estados Unidos, existiendo veinticuatro a la fecha. En 1936, en una reunión de consultores de consejos, se pensó en la posibilidad de la recertificación como una acción para evaluar periódicamente la actualización de los médicos certificados. En 1969 los Consejos de Medicina Familiar y de Medicina Interna, adoptaron la política de recertificación, que en un principio fue voluntaria. Para 1973, 22 consejos habían aceptado el procedimiento y pronto la admitieron todos. En 1995, 21 consejos propusieron que la recertificación debería realizarse en intervalos entre siete y diez años y no entre cinco y siete años, como en un principio.

Por otra parte, este desarrollo permitió cumplir con los objetivos de proteger al público, pues el especialista certificado y recertificado, tiene mayores posibilidades de ofrecer una mejor atención médica o quirúrgica. La acreditación por parte del Estado a la certificación de especialistas, se transforma en un proceso mediante el cual, tanto el Estado como la sociedad aceptan y hacen público el reconocimiento a la certificación otorgada por los consejos, los cuales cumplen una labor social al ser instrumentos para el mejoramiento de la calidad de la atención médica.

A principios del XX, en otras naciones se pone en marcha un proceso similar al seguido en Estados Unidos. En Inglaterra y Francia, y más tarde en Canadá, se reglamentó la práctica médica y se integraron las especialidades con los propósitos antes señalados. Durante el siglo XX, otros gobiernos –siguiendo el ejemplo citado– desarrollaron y aplicaron medidas para reglamentar la atención a la salud y el ejercicio de la medicina, pues debido a los avances en los campos de la medicina y la tecnología, durante las décadas

posteriores se intensificó la tendencia a la formación y desarrollo de especialistas médicos y a la fundación de sociedades de especialidades.

El objetivo de la revisión de antecedentes es valioso, ya que, los médicos mexicanos, para efectuar la trascendental tarea de la organización de consejos y de la certificación de especialistas, tomaron como modelo los esfuerzos realizados sobre todo en Estados Unidos, dándole las características adecuadas al medio nacional.

EVOLUCIÓN DE LA CERTIFICACIÓN Y LA RECERTIFICACIÓN EN MÉXICO

a) De médicos especialistas

Desde 1953, la certificación de médicos especialistas ha sido objeto de preocupación entre los médicos mexicanos dedicados a una especialidad.

El año citado, sin duda, marca el principio del reconocimiento y acreditación de las especialidades y el comienzo de la organización de los consejos de certificación de especialistas. Diversos grupos de médicos se especializaron en establecimientos hospitalarios nacionales y extranjeros, valoraron sus conocimientos y el desarrollo que habían logrado sus especialidades, y llegaron a conocer los avances logrados en otros países. Por ello, se organizaron para darle categoría a la especialidad que ejercían mediante el establecimiento de normas y requisitos encaminados a obtener reconocimiento para su práctica y entre otros beneficios, proteger a la sociedad de quien se designa a sí mismo especialista sin serlo.

El 13 de febrero de 1963, se fundó el primer consejo de especialidad en la República Mexicana, el de médicos dedicados a la Anatomía patológica. Fue registrado ante notario con el nombre de Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos A.C. Durante los seis primeros meses de su existencia, este consejo otorgó certificado de especialidad a 59 patólogos mexicanos ya establecidos y de reconocido prestigio dentro de la comunidad médica.

Siguiendo el ejemplo dado en 1963, para finales de 1973 e inicios de 1974 se habían fundado catorce Consejos. Sin embargo, en su conjunto, no se superaba la cifra de 900 médicos certificados.

Un hecho importante, por su trascendencia y repercusión, fue la intervención de la Academia Nacional de Medicina, tanto por iniciativa propia, como por la solicitud de los propios consejos, específicamente los fundados antes de 1973. La Academia venía observando el incremento e importancia de la existencia de los consejos, en relación con las especialidades y la inquietud de los médicos en la formación de organismos similares a los de otros países,

cuya función era certificar a los médicos que llenaban los requisitos establecidos, para ser considerados como especialistas.

Desde 1969 en adelante, la Academia se fue interesando cada vez más en la reglamentación de las especialidades, en la certificación de los especialistas y en la organización de consejos. Poco tiempo después expresó, que estos organismos debían depender directamente del grupo que forma cada una de las especialidades. Por su parte, la Academia se ocuparía de promover su organización, además de que en su calidad de órgano consultor del gobierno, colaboraría con las autoridades en la elaboración de normas, reglamentos y leyes para regular la existencia y funcionamiento de los consejos.

Sin embargo, como en la organización de éstos estaban comprendidas todas las especialidades médico quirúrgicas, para reglamentar y establecer lineamientos generales aplicables a todos los consejos existentes y a los que surgieran en el futuro, también debía establecerse la participación de las instituciones de educación superior. Todo ello como promotores de la formación de consejos en todas las especialidades, integrados para los especialistas de toda la República.

A partir de la década de 1970, los anhelos de los médicos especialistas por formar consejos, no sólo continuaron sino que aumentaron. Sin embargo, entre los consejos ya organizados existía poca relación y no contaban con el apoyo y reconocimiento de ninguna institución. Los consejos se iniciaron con normas, principios y pautas generales elaborados por cada uno de ellos, por lo que había diferencias de criterio en relación con los fines, objetivos y, sobre todo, en lo que se refiere a los requisitos para la certificación de especialistas.

Las actividades que venían desarrollando los presidentes de la Academia desde 1969, eran bien conocidas y estudiadas por los consejos. Para 1974, gracias a lo citado y al entusiasmo de los consejos ya organizados, entre los médicos de otras especialidades surgió un interés espontáneo, que los llevó a *solicitar a la Academia apoyo, asesoría y, sobre todo, el reconocimiento de idoneidad.*

La Academia estableció como norma importante el respeto a la autonomía de los consejos pero, puso como condición para cumplir su solicitud, que se acataran los fines y objetivos básicos elaborados por la corporación para la organización y funcionamiento de los consejos, así como el cumplimiento de los requisitos establecidos por ellos, con aprobación de la Academia, para el otorgamiento de la certificación a los especialistas.

Desde el principio, la Academia puntualizó que: “La educación continua de posgrado de los médicos compete a las universidades, a las sociedades de especialidades y a las instituciones de salud, por su parte, la vigilancia del nivel técnico de los especialistas corresponde a los Consejos de especialidad”.

A *solicitud* de los Consejos, la Academia, el 10 de agosto de 1974, extendió los primeros reconocimientos de idoneidad a los siguientes consejos: Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos, Consejo Nacional de Anestesiología, Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica, Consejo Mexicano de Dermatología, Consejo Mexicano de Endocrinología, Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, Consejo Nacional de Inmunología Clínica y Alergia; Consejo Nacional de Neumología; Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, y Consejo Mexicano de Reumatología.

Según lo determinado en la parte final del artículo 161 del Código Sanitario, los consejos citados fueron los primeros reconocidos y registrados por la Secretaría de Salud y Asistencia en México, ya que la Academia Nacional de Medicina declaró la idoneidad de los consejos enumerados y por lo tanto gozaron desde esa fecha del reconocimiento señalado por el Código Sanitario.

Desde 1974 en que se inició el reconocimiento de idoneidad por parte de la Academia hasta inicios de 1975 –año en el que se manifestó interés por obtener la idoneidad por parte de consejos ya establecidos o recientemente formados– se habían reconocido un total de 19. No obstante, para finales de 1975, se habían fundado 25 Consejos, de los cuales 19 contaban con reconocimiento de la Academia. Lo que significa que 40% de ellos obtuvo su idoneidad entre 1974 y 1975. Hoy, están reconocidos 46 Consejos de certificación de especialistas.

En 1979, la Academia inició pláticas con la Dirección General de Profesiones (DGP) tendentes a lograr el reconocimiento de especialista, otorgado por los consejos de especialidad avalados por la Academia. Aún cuando esta actividad continúa, en la sociedad en general existe un gran desconocimiento del valor que representa la certificación o, una falta de interés provoca principalmente por los aspectos burocráticos.

Durante los primeros veinte años (1969-1989), la Academia Nacional de Medicina, inicio y cumplió una etapa importante en la reglamentación de las especialidades y consejos. Su participación en la formación de las mesas directivas de los 39 consejos fue entusiasta, dedicada y activa. Para finales de 1989 se contaba con el reconocimiento de idoneidad de la corporación y en conjunto, seguramente ya había más de 20,000 especialistas certificados. Lo que puede considerarse como un avance realmente extraordinario Si se recuerda, hacia finales del año 1969 se habían fundado tan sólo cinco consejos, mismos que difícilmente agrupaban a 800 especialistas certificados.

La Academia, a través de su Comité, continuaba sosteniendo y difundiendo el concepto de que el ejercicio del derecho a la salud necesita de las especialidades médicas y de quien las ejerce y, que la comunidad tiene derecho de requerir de las especialidades médicas para lograr su bienestar. Al

mismo tiempo, el Estado debe estar conciente que los pacientes y público en general carecen de las bases para juzgar la idoneidad de quien se ostenta como especialista. Por lo tanto, el Estado tiene la obligación de reglamentar el ejercicio de la medicina y sus especialidades así como de vigilar a quienes las ejercen. Los profesionales de la medicina han mostrado desde hace años su disposición y capacidad para proporcionar a su gremio una reglamentación que beneficie a la sociedad.

Por último, la Academia y los consejos de especialistas son los más indicados: 1) para asesorar a las autoridades, 2) determinar cuáles son las especialidades necesarias e indispensables, y 3) para determinar cuáles son las subespecialidades que derivan de las especialidades. Lo cual es de gran importancia dado el advenimiento de nuevas técnicas y conocimientos novedosos. La fragmentación de las especialidades continúa a ritmo acelerado, y la subespecialización seguramente aumentará en el futuro, por lo que es conveniente estudiar con detenimiento su incremento. Éste debe estar bien fundado, ya que no es deseable que aparezcan subespecialidades sin razón, ni que se contenga su formación pues son responsables de una buena parte de los avances recientes.

El programa de especialidades y subespecialidades debe ser profundamente estudiado, tomando como base que nadie puede ser especialista sin ser médico, ni nadie puede ser subespecialista sin ser especialista.

Los tres primeros años de la década de 1990 fueron tranquilos y el trabajo productivo continuó su marcha sin sobresaltos. El periodo de que comprende los años 1993 y 1994 fue difícil por la inquietud de la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) en participar junto con Academia Nacional de Medicina (ANM) en la certificación y en los consejos. En 1994, con el fin de evitar problemas que detuvieran o retrasaran el avance logrado, la ANM decidió que era conveniente incorporar a la AMC en su Comité y en los consejos de certificación, con la seguridad de que el prestigio y experiencia de sus miembros fortalecerían el programa, aportarían nuevas ideas, y propiciarían la unión y acercamiento entre médicos e instituciones.

El 15 de febrero de 1995 quedó constituido definitivamente el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM), con la participación de miembros de la ANM y la AMC, y de los presidentes de los consejos de especialidades.

Desde esa fecha, el CONACEM ha trabajado con gran entusiasmo, logrando magníficas metas, entre ellas la firma del convenio para el reconocimiento de consejos y especialistas certificados, rubricado en julio de 1999 por el Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud, el Lic. Miguel Limón R., titular de la Secretaría de Educación Pública, y la Directora de la Dirección

General de Profesiones. Lic. Cecilia Ortega A. Como sucede con frecuencia, este convenio, al cambiar el gobierno sexenal, sea por ignorancia o por motivos políticos, dejó de tener vigencia.

Finalmente, durante el año 2005, el Comité envió a la Cámara de Diputados la propuesta de modificación del artículo 81 de la Ley General de Salud. La Cámara de Diputados la aceptó y la turnó a la Cámara de Senadores para su estudio final. El CONACEM, ha continuado con la función primordial –establecida por la ANM desde 1974– de otorgar idoneidad a los consejos de especialidad que cumplan los requisitos establecidos. Su trabajo, constancia, responsabilidad y respeto a sus fines y objetivos, y particularmente a la autonomía de los Consejos, logró aumentar el respaldo moral que la ANM le heredó, consiguiendo un incremento importante, no solo en prestigio de instituciones de salud y educativas, sino también un considerable aumento en su nómina, pues inició con poco más de 40,000 especialistas certificados en 43 consejos, y a para el año 2005 cuenta con cerca de 75,000 especialistas certificados en cuarenta y seis consejos.

b) De médicos generales

Desde finales de 1980 y principios de 1990 grupos de médicos generales se mostraban deseosos por lograr las metas que los médicos especialistas habían alcanzado. Su primera inquietud fue formar un Consejo de Medicina General, a semejanza de los ya organizados. En realidad se realizaron esfuerzos, y se iniciaron actividades, que terminaron por formar el Consejo Nacional de Medicina General, de vida efímera, por diversos problemas.

El punto de partida, para lograr el Consejo actual, se inició en la Facultad de Medicina de la UNAM en 1992, institución que organizó un curso de capacitación para los recién egresados que desearan prepararse para presentar el Examen Nacional de Ingreso a Residencias. El curso adquirió prestigio, lo que originó que cada vez más se inscribieran médicos que no eran recién egresados, y cuyo interés exclusivo era la actualización de sus conocimientos. En 1993 se firmó un convenio entre la Facultad de Medicina de la UNAM y la ANM para realizar el Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (PRONADAMEG) modelo del todo exitoso, que se inició en 1994.

En 1996, por acuerdo del Consejo de Salubridad General, se creó el Comité Normativo de Medicina General, integrado por la ANM, la AMC y la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM). En 1997 el Comité dio a conocer la información para iniciar el registro de médicos generales en cada estado del país. En 1998 se incluyó el establecimiento de

un solo registro estatal y se estableció que una vez creados los registros señalados, se integraría el Consejo Nacional de Medicina General, que asumiría todas las funciones, y con ello la desaparición del Comité Normativo de Medicina General.

Con la fundación del Consejo Nacional de Medicina General el 10 de abril de 2000, se consideró que el Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE) debería continuar sus funciones, quedando formalmente constituido el 26 de noviembre de 2001, integrado por la ANM, la AMC, la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Medicina General.

El 10 de febrero de 2003, el CONAMEGE expidió carta de idoneidad al Consejo Nacional de Medicina General y procedió a establecer las bases para la expedición de las cartas de idoneidad a los consejos de medicina general que llenaran los requisitos en los estados.

El programa es reciente, pero hay entusiasmo, preparación y experiencia de lo vivido y logrado por los especialistas, por lo que se siguen haciendo esfuerzos para conseguir que ese importante y numeroso núcleo de profesionistas, que prácticamente atiende del 75 al 80 por ciento de los problemas médicos más frecuentes que agobian a la población, obtengan la certificación, y más tarde la recertificación, a través de actividades académicas cuyo objetivo es aumentar y renovar periódicamente sus conocimientos, con el fin de proporcionar a sus pacientes una mejor atención.

FUNDAMENTO DE LOS CONSEJOS Y DE LA CERTIFICACIÓN

Consejos

Los consejos son organismos creados por los propios especialistas para regular su actuación con base en los requisitos necesarios de preparación y adiestramiento en cada campo de la práctica médica y en la demostración de competencia en exámenes de certificación y recertificación.

Los consejos son organismos civiles, por lo tanto, se rigen por lo prescrito en el Código Civil, y al proporcionar los mecanismos para la certificación y recertificación de los médicos *que lo deseen*, tienden a cumplir la función social de garantizar la calidad de conocimientos de los examinados, al promover el mejoramiento de la práctica médica y estimular la educación continua.

Los consejos son asociaciones autónomas en su organización y procedimientos, libres de influencias políticas, de género, doctrinarias o de regionalismos. Son independientes del Estado, y no permiten que órganos burocráticos los supervisen y, menos aún, que determinen quien cubre los

requisitos para otorgarle la calidad de especialista. Son asociaciones de utilidad social, sin fines lucrativos, con funciones específicas, para cumplir sus fines y objetivos.

La función principal de los consejos es *aplicar exámenes de certificación y recertificación*, informando y difundiendo de manera periódica a la sociedad los nombres de los médicos certificados y de los que van adquiriendo la recertificación, pero siempre guardando discreción y respeto por quienes se someten a su dictamen.

Por ningún motivo los consejos intervienen directa o indirectamente en actividades que corresponden a instituciones de educación superior, organismos gubernamentales, sociedades, asociaciones, academias, federaciones o colegios médicos, cuyo marco normativo les confiere funciones determinadas. Son especialmente cumplidos y cuidadosos en la renovación y selección periódica de sus cuerpos de gobierno.

Un objetivo importante de los consejos es lograr e incrementar la autoridad moral ante la profesión médica, la comunidad de especialistas y la sociedad, y obtener el reconocimiento legal del Estado, colaborando en la regulación del ejercicio de las profesiones y la reglamentación de las especialidades.

Certificación

La certificación es el acto por el cual un consejo con reconocimiento de idoneidad, a través de un proceso de evaluación preestablecido y transparente, confirma que un profesionista posee los conocimientos, habilidades y destrezas propias de una especialidad médica, definida como una parte limitada de la ciencia, reconocida y validada científicamente.

La certificación tiene el valor de situarse como garantía para que la sociedad conozca que el cuidado de los diversos recursos disponibles para el disfrute de un bien eventual como es la salud, se encuentra en manos calificadas.

Quien pretenda obtener la certificación en una especialidad médica o quirúrgica debe, como primer e indispensable paso, haber terminado satisfactoriamente los estudios de posgrado, presentar ante un Consejo con reconocimiento de idoneidad, un examen escrito y, si éste es acreditado, aprobar el examen oral, lo que le da derecho a recibir el certificado de especialista. Un especialista es un “profesionista que posee conocimientos, destrezas y habilidades para ejecutar con calidad acciones médicas específicas”.

Recertificación

la certificación es el proceso de evaluación que realizan los consejos para asegurar que un especialista previamente certificado mantiene actualizados sus

conocimientos y habilidades de acuerdo al avance logrado en su especialidad durante un periodo determinado, que se fijó en cinco años.

FINES Y OBJETIVOS DE LOS CONSEJOS

Fines

- a) Estimular el estudio, mejorar la práctica, elevar los niveles de la especialidad a través del otorgamiento del certificado de especialista, a los médicos que reúnan los requisitos, es decir, certificar.
- b) Establecer un control de calidad permanente con base en un procedimiento de evaluación periódica, para conocer la actualización de los especialistas certificados; es decir, recertificar.

OBJETIVOS DE LOS CONSEJOS

- a) Estar integrados por médicos cirujanos de la especialidad.
- b) Controlar el nivel de preparación de los especialistas a través de la evaluación de los conocimientos, destrezas y habilidades para ejercer una especialidad médica.
- c) Promover ante las instituciones hospitalarias y las autoridades una reglamentación que autorice el ejercicio de las especialidades solamente a los médicos certificados por un consejo que cuente con reconocimiento de idoneidad.
- d) Proteger los intereses de los verdaderos especialistas y de la sociedad, ayudando al público y a las instituciones a distinguir a los médicos que están realmente calificados para el trabajo especializado en una rama determinada, de otros cuya preparación es inferior y de autodenominan especialistas sin serlo.
- e) Tener carácter nacional y existir sólo uno de ellos, por cada especialidad.
- f) Ofrecer igualdad de oportunidades para la evaluación a todos los candidatos que lo soliciten, independientemente de su lugar de residencia en el territorio nacional o fuera del país.
- g) Cumplir con sus funciones sin superponerse con las que son atributos de sociedades de especialistas, de las instituciones de enseñanza superior y de los organismos gubernamentales, a los cuales la sociedad y la ley confieren responsabilidades y derechos en relación al ejercicio de la medicina.
- h) Diseñar exámenes para candidatos a certificación y sistemas de evaluación para recertificación.

- i) Promover, sin presiones ni quebranto a normas y estatutos, el que su opinión pueda escucharse para la formulación de programas educativos, ya que su papel y experiencia como certificador de la preparación de especialistas, puede contribuir a la superación de los programas vigentes.
- j) Otorgar créditos académicos a los programas de educación médica continua relacionados con su especialidad.
- k) Extender al médico que ha cumplido con los requisitos, un diploma de certificación que lo acredite como especialista con vigencia de cinco años, al término de los cuales debe recertificarse, para lo cual es necesario demostrar, con documentos, que ha realizado durante ese lapso, actividades académicas, de educación continua, asistenciales, docentes, editoriales, etc.

AVANCES Y RESULTADOS

A partir de la década de 1920, surgieron en México firmes inquietudes de los médicos por la especialización, las cuales continuaron cada vez con más fundamento. Un gran paso fue la creación del primer consejo de certificación de especialistas, el de Anatomía Patológica, establecido el 13 de febrero de 1963.

La Academia Nacional de Medicina de México, ante el avance de la medicina, publicó en 1972 el documento titulado "La formación de los especialistas y la reglamentación de las especialidades", que fue la base para la organización actual. Como consecuencia de la aparición del escrito citado, los consejos organizados que existían solicitaron a la Academia que les otorgara el reconocimiento de idoneidad.

La Academia tomó la iniciativa de estudiar la reglamentación de las especialidades y promover la fundación de consejos, al no existir un organismo que certificara oficialmente los conocimientos y destrezas de los médicos para ejercer determinada especialidad y vigilar su desarrollo profesional.

A finales de 1972 la Academia determinó la fundación del primer Comité de Certificación de Especialidades Médicas, cuya organización y funcionamiento consta en el estatuto correspondiente. El citado Comité funcionó sin interrupción hasta enero de 1995.

Para el año de 1973 se habían organizado catorce consejos más, que en conjunto no superaban la cifra de 1000 médicos certificados. En 1974 a solicitud de diez consejos, la Academia extendió los primeros reconocimientos de idoneidad.

Corrieron los años, el entusiasmo por la obra continuó y muestra de ello fue que para el año 1990, se contaba con 40 consejos con reconocimiento, que agrupaban a 22,399 especialistas certificados.

Pronto el interés de los médicos por certificarse aumentó de tal manera que para 1993, el número de médicos certificados fue de 28,278 y para 1998 de 50,354. Al terminó del tercer año del presente siglo, 47 consejos otorgaban reconocimiento de idoneidad, agrupaban a 71,200 especialistas y, en la actualidad, la cifra es cercana a los 75,000 especialistas certificados. La DGP señala que existen entre 85,000 y 90,000 médicos en México. Dentro del número de certificados, existe una cifra importante de recertificados que aumenta cada día. Este dato es trascendente pues el fin de la certificación es la recertificación, la cual le garantiza a la sociedad que el especialista se mantiene en permanente actualización. A partir de febrero de 1995, la Academia Nacional de Medicina determinó contar con la colaboración de la Academia Mexicana de Cirugía y de los consejos de certificación, razón por la cual, se formó el CONACEM, integrado por las instituciones señaladas.

El CONACEM ha continuado con la función primordial establecida por la Academia Nacional de Medicina desde 1974, otorgar idoneidad a los consejos de especialidad que cumplen con los requisitos establecidos y retirarla a los que no respetan lo establecido en su documento constitutivo.

El CONACEM ha proseguido con el propósito de lograr el reconocimiento oficial y, para ello, recientemente envió a la Cámara de Diputados la propuesta de modificación al Artículo 81 de la Ley General de Salud. La Cámara de Diputados la aprobó y la turnó a la Cámara de Senadores. En poco tiempo se conocerá la determinación de los senadores acerca de la modificación que dice a la letra: "Para el registro de certificados de especialización expedidos por academias, consejos, colegios o asociaciones de profesionales de las disciplinas para la salud, las autoridades educativas competentes solicitaran la opinión de la Secretaría de Salud. Si se tratare del registro de certificados de especialidades médicas o del registro de la recertificación de éstas, las autoridades ya señaladas también deberán solicitar la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas".

ESTIMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN EN EL MERCADO DE LA MEDICINA

¿Cuáles son las razones por las cuales la certificación y las organizaciones que la otorgan hayan logrado prestigio y reconocimiento por parte de autoridades asistenciales, tanto públicas como privadas, de instituciones docentes, gubernamentales, de empresas particulares, y muy importante del gremio médico, de academias, sociedades, asociaciones, federaciones y colegios de profesionales, y de otras esferas de la sociedad?

Sin duda se debe al conocimiento difundido y comprobado a través de los años, de que la certificación y recertificación de los médicos tiende a cum-

plir la función social de garantizar la calidad de sus conocimientos. Además, las organizaciones otorgantes, que son los consejos, funcionan como un sistema abierto que respeta plenamente los derechos individuales que no realiza actividades docentes, académicas, culturales, sociales o políticas, ni tampoco funciones gremiales ni de defensa laboral ante responsabilidades de médicos certificados.

De manera paulatina, la sociedad ha comprendido y reconocido el valor de los consejos como organizaciones cuya única función es *certificar* a quien cumple los requisitos, fines y objetivos ya citados. Es necesario subrayar que tanto los consejos como la certificación no cuentan con un reconocimiento legal que se apegue a la responsabilidad del Estado de regular el ejercicio de las profesiones, sino que su autoridad es de carácter moral.

Esta indiscutible autoridad moral ha permitido de manera paulatina que en el mercado de la atención médica, los propios pacientes y sus familiares vayan prefiriendo, y exigiendo, cada vez más que el médico que consultan esté certificado, aspecto que le otorga mayor confianza. Por estas y otras razones, cada día más médicos se preocupan por certificarse y exhibir la acreditación correspondiente, que sin duda es un merecido reconocimiento a su propio esfuerzo.

Por otra parte, cada vez con mayor frecuencia, las escuelas y facultades de medicina exigen que los profesores de especialidad estén certificados. Para ingresar a una corporación académica de prestigio en México, se exige a los aspirantes que estén certificados. El mismo requisito lo demandan los principales hospitales privados y algunos públicos. De igual manera, las compañías de seguros de gastos médicos lo exigen. Instituciones gubernamentales de carácter judicial o dependencias de estudio y análisis de responsabilidad médica tienen alta estima por la certificación y recertificación de los médicos especialistas y sin duda en un futuro muy próximo, también de los que ejercen la medicina general.

Sin duda, el tiempo y la solidez del programa han permitido difundir y aceptar el hecho de que los médicos que mantienen al día sus conocimientos, perfeccionan sus destrezas y las certifican y recertifican periódicamente, se distinguen y protegen a la sociedad de personas que carecen de la preparación indispensable, sobre todo para ejercer una especialidad, y también de aquellos que violan los principios éticos de la medicina.

LA CERTIFICACIÓN DE MÉDICOS GENERALES EN MÉXICO

JULIO SOTELO, MANUEL DE LA LLATA ROMERO

ANTECEDENTES

La Academia Nacional de Medicina de México, A. C., institución decana de la Medicina en nuestro país y órgano consultivo del gobierno federal en permanente renovación por el aporte de los 550 especialistas de reconocido prestigio en las diversas disciplinas de la salud que lo integran, cuenta entre sus principales objetivos: 1) difundir los avances de la medicina y 2) verificar que los profesionales de la medicina se mantengan debidamente actualizados en el conocimiento del ramo.

El primero de tales objetivos se logra mediante la realización de seminarios, simposios, cursos, congresos, y a través de publicaciones periódicas, libros y medios electrónicos. Para alcanzar el segundo objetivo, la Academia impulsa la certificación y la renovación periódica de ésta (recertificación) en los profesionales de la medicina; lo que permite que los pacientes tengan constancia de la actualización académica de sus médicos.

Esta labor desarrollada por la Academia Nacional de Medicina desde principios de la década de 1960 cuando inició la creación de los consejos de especialidades médicas, se consolidó en 1975 con la formación del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, al que posteriormente se sumó la Academia Mexicana de Cirugía y al cual están afiliados actualmente 50 consejos de especialidades que incorporan a más de 50 mil especialistas.

Hasta hace poco, los médicos generales, responsables de resolver el 80 por ciento de la demanda en salud, enfrentaban dos problemas: 1) no tenían acceso a los programas colegiados de educación médica continua, y 2) no requerían acreditar su actualización médica para ejercer su profesión. Las dos situaciones eran sumamente preocupantes, habida cuenta de que ellos son quienes deben resolver la mayoría de los problemas básicos de salud de la población y canalizar debidamente a los pacientes que requieren la atención de un especialista.

De cara a esta realidad, la Academia Nacional de Medicina decidió solucionar los dos problemas creando en 1994, en unión con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (PRONADAMEG), que hoy se imparte en 86 sedes ubicadas en distintos puntos del país, con la participación de 32 instituciones de educación superior. Para el año 2005, el PRONADAMEG cuenta con más de 11,000 médicos generales inscritos.

Debido a que las medidas aisladas, como proponer educación médica continua del médico general, no garantizan que el usuario individual y la población misma reciban la mejor atención de su salud en el primer nivel, el siguiente paso dado por la Academia Nacional de Medicina de México fue establecer las bases académicas y colegiadas para la acreditación periódica del médico general. A tal fin, la Academia Nacional de Medicina de México convocó a instituciones como la Academia Mexicana de Cirugía, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) y el Consejo Nacional de Medicina General, para constituir un organismo colegiado cuya finalidad sería poner fin a la anarquía imperante en los procesos académicos de la medicina general. Fruto de esta convocatoria fue la creación, en 1999, del Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE), integrado por 12 miembros, 3 por cada una de las organizaciones anteriormente mencionadas. Los nombramientos recayeron en los doctores Julio Sotelo, Manuel de la Llata Romero y Juan Urrusti Sanz, por la Academia Nacional de Medicina, en los doctores Raúl Bernardo López García, Víctor Manuel Arrubarrena Aragón y Marcelo Páramo Díaz, por la Academia Mexicana de Cirugía, en los doctores Juan Hernández Hernández, José Luis García Valdés y Enrique Vargas Salado, por la AMFEM y en los doctores Federico Bonilla Marín, Carlos Hernández Díaz y Nelson Salazar Mendiguchia, por el Consejo Nacional de Medicina General.

Sin pérdida de tiempo, quedó establecido en su estatuto y reglamentos, que su mesa directiva estaría integrada por un coordinador, un secretario general, un vocal y un tesorero, cargos que fueron asumidos por la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, la AMFEM y el Consejo Nacional de Medicina General, respectivamente.

La primera tarea del CONAMEGE fue elaborar los estatutos y reglamentos para definir su misión, objetivos, responsabilidades, funciones y mecanismos de operación. La siguiente acción emprendida fue revisar y adecuar los estatutos y reglamentos, tanto del consejo nacional como de los consejos estatales de medicina general, a fin de que pudieran cumplir, con plena res-

ponsabilidad y credibilidad, su principal objetivo: La certificación y recertificación periódica del médico general.

Los estatutos y reglamentos del Comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE) fueron aprobados durante la Octava Reunión Ordinaria del Comité, realizada el 4 de noviembre del año 2002, los cuales se encuentran disponibles para consulta permanente en la página web www.anm.org.mx.

MECANISMOS PARA LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN

Tanto el consejo nacional como los consejos estatales de medicina general, a medida que reestructuraban y certificaban ante notario sus estatutos y reglamentos, obtenían el reconocimiento de idoneidad por parte del Comité Normativo Nacional de Medicina General. Así, el 10 de febrero del año 2003, le fue expedida la Carta de idoneidad al Consejo Nacional de Medicina General, la cual le fue entregada el 7 de marzo en solemne ceremonia realizada en el Auditorio de la Academia Nacional de Medicina.

Posteriormente, se expidieron en forma secuencial las correspondientes Cartas de idoneidad a los siguientes consejos estatales:

Consejo de Medicina General del Estado de Aguascalientes, A. C.
Consejo de Medicina General del Estado de Coahuila, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Colima, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Chiapas, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Chihuahua, A.C.
Consejo de Medicina General del Distrito Federal, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Durango, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Guanajuato, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Guerrero, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Hidalgo, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Jalisco, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de México, A. C.
Consejo de Medicina General del Estado de Michoacán, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Morelos, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Nayarit, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Nuevo León, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Oaxaca, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Puebla, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de Querétaro, A.C.
Consejo de Medicina General del Estado de San Luis Potosí, A.C.

Consejo de Medicina General del Estado de Sinaloa, A.C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Sonora, A.C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Tabasco, A.C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Tamaulipas A, C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Tlaxcala, A, C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Veracruz, A.C.
 Consejo de Medicina General del Estado de Zacatecas, A.C.

Mediante esta reestructuración consolidada y cuidadosa se han otorgado hasta los primeros meses del año 2005, 5,255 diplomas de certificación y recertificación distribuidos de la siguiente forma:

Año	Certificación	Recertificación
2003	1,391	366
2004	1,615	1,073
2005	421	389
Total	3,427	1,828

Paralelamente, el Comité Normativo Nacional de Medicina General se abocó a resolver otra de sus prioridades, esto es, verificar que los cursos, seminarios, congresos y demás actividades de educación médica continua destinadas al médico general, estén diseñados, impartidos y evaluados para cumplir las necesidades de actualización en el conocimiento médico que tiene este profesional de la salud.

A tal fin, creó el Subcomité de Educación Médica Continua; integrado, al igual que el Comité Normativo Nacional de Medicina General, por miembros de la Academia Nacional de Medicina de México, A. C., la Academia Mexicana de Cirugía, A. C., la AMFEM y el Consejo Nacional de Medicina General, A. C. La Coordinación del Subcomité quedó a cargo de un Titular de la AMFEM: Dr. Héctor Sánchez Aparicio, y la Coordinación de la Oficina a cargo del Titular de la Academia Nacional de Medicina de México: Dr. Juan Urrusti Sanz. Cada una de estas instituciones participa en el subcomité con dos miembros, uno con carácter de titular y el otro con carácter de adjunto, excepto la AMFEM, que aporta dos miembros con carácter titular y otros dos con carácter adjunto. Su conformación es la siguiente:

Academia Nacional de Medicina

Titular: Dr. Juan Urrusti Sanz:
Suplente: Dr. Carlos Alva Espinosa

Academia Mexicana de Cirugía

Titular: Dr. Antonio de la Torre Bravo
Suplente: Dr. Pedro Luna Pérez

Consejo Nacional de Medicina General

Titular: Dr. Federico Bonilla Marín
Suplente: Dr. René Rodarte Lira

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Titulares: Dr. Héctor Sánchez Aparicio
Dr. Juan Vicente Gómez Gómez
Suplentes: Dra. Hermila Reyes Méndez
Dr. Horacio Dorantes Peña

El Subcomité tiene su sede en la Academia Nacional de Medicina, en la que además de sesionar mensualmente, dispone de una oficina encargada de evaluar, puntuar y registrar todas y cada una de las actividades de educación médica continua destinadas al médico general con valor de acreditación para fines de renovación periódica de la vigencia de certificación (recertificación).

La oficina del Subcomité de Educación Médica Continua de CONAMEGE inició labores el 1º de diciembre del año 2003. Sus primeras actividades consistieron en preparar los documentos que, una vez discutidos y aprobados por los integrantes del Subcomité de Educación Médica Continua, fueron presentados para su estudio, y aprobación en su caso, al pleno de CONAMEGE. Hasta el primer semestre del año 2005, el Subcomité ha evaluado 262 cursos, de éstos han sido aprobados 247 y rechazados 15.

El Subcomité de Educación Médica Continua tiene la responsabilidad de verificar que los programas, cursos y otras actividades de educación médica continua, destinados al médico general cumplan con el objetivo de mantenerlo actualizado en el constante avance del conocimiento en las diversas áreas de la medicina.

Asimismo, dictamina la puntuación que, con fines de recertificación, obtiene el médico general por los diferentes cursos y actividades de educación médica continua que acredite haber aprobado.

El médico general obtiene la certificación individual mediante el examen que para tal efecto aplican los consejos estatales de medicina general dos

veces al año. Los médicos generales ya certificados deben recertificarse cada 5 años acreditando:

1. Haber ejercido la medicina general durante los 5 años, ya sea a nivel institucional o privado.
2. Haber aprobado los cursos de actualización y las diversas actividades de educación médica continua debidamente evaluadas por el Subcomité de Educación Médica Continua de CONAMEGE.
3. Todos los cursos y demás actividades de educación médica continua destinados al médico general deben presentarse al Subcomité de Educación Médica Continua de CONAMEGE, o bien a los consejos estatales de medicina general, para que sean turnados al Subcomité, a fin de ser evaluados.

El médico general cuenta actualmente con diversas alternativas de actualización, tanto en la modalidad presencial como a distancia, ya que en una y otra dispone de un “menú” de opciones. Así, en las dos modalidades, se dispone de varios diplomados de 200 o más horas de duración en las que se sitúa al día en los avances del conocimiento médico en las principales áreas de la medicina. Estos diplomados son la herramienta fundamental para actualizarse y obtener los puntos de educación médica continua que requiere para la recertificación.

Si además de actualizarse en las diversas áreas de la medicina que su ejercicio profesional le exige, desea profundizar en disciplinas y temas específicos de la medicina, dispone igualmente de cursos monográficos de corta y mediana duración, así como de seminarios, talleres y otras actividades de educación médica continua que también otorgan puntos válidos para la recertificación.

El médico general puede acceder a toda la información relacionada con los múltiples programas de educación médica continua a través del portal de la Academia Nacional de Medicina, www.anm.org.mx, así como acudiendo a su consejo estatal de medicina general, al Consejo Nacional de Medicina General, o bien a la oficina del Subcomité de Educación Médica Continua de CONAMEGE, ubicada en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina en Av. Cuauhtémoc No. 330, Col. Doctores, México, D. F.

Desde que inició sus labores, el Subcomité ha evaluado un creciente número de actividades de educación médica continua para el médico general, propuestas por instituciones de educación superior y de salud, así como por sociedades, agrupaciones médicas y consejos estatales de medicina gene-

ral. De esta forma, el médico tiene la certeza de la calidad técnica y ética de los cursos y programas académicos avalados por un cuerpo colegiado que representa a las máximas instituciones académicas del país.

A las actividades acreditadas, se asigna la puntuación que les corresponde conforme a los estatutos y reglamentos del CONAMEGE, otorgándoles un número de registro correspondiente.

El Consejo Nacional de Medicina General, A. C., ha considerado importante editar un boletín, dirigido a la comunidad de médicos generales de nuestro país, para difundir las actividades, tanto del CONAMEGE, como del Consejo Nacional de Medicina General y de los consejos estatales. Se espera que el boletín contribuirá a incrementar en los médicos generales el interés por estar certificados y mantenerse actualizados.

AVANCES Y RESULTADOS

La implementación y organización del CONAMEGE atiende, por primera vez en forma colegiada y sustentada por las más distinguidas instancias médicas del país, la urgente necesidad y exigencia de la sociedad de que sus profesionales de la salud actúen dentro de un marco de alta competencia académica. Así, los más de 100 mil médicos generales del país cuentan con una instancia que les permite actualizarse constantemente en el mundo en permanente cambio de las ciencias médicas. Al extenderse y consolidarse la cultura de la certificación urgente en el cuerpo médico, ya sea de especialistas o de médicos generales, la sociedad podrá confiar con mayor certeza su posesión más preciada, su salud, en manos de profesionales que mantienen la vigencia de sus conocimientos.

LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS PARA EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN MÉXICO

ENRIQUE RUELAS, OFELIA POBLANO,
JORGE A. MALPICA, JOSÉ LUIS HERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

Por primera vez en la historia, en materia de salud de nuestro país se auditan establecimientos para la prestación de servicios de salud, como una competencia conferida por la Ley General de Salud, mediante su Reglamento correspondiente, con la finalidad de legitimar su incorporación y permanencia en la oferta de servicios del Seguro Popular.

Sin duda, dicha acción marca un hito en la administración pública de servicios de atención médica en México, ya que el modelo se sustenta en un marco jurídico, que lo hace obligatorio y cuya vigencia determina un financiamiento para las unidades que acrediten y la necesidad de un reforzamiento de aquellas que no acreditan. Es un proceso dirigido inicialmente al sector público y difiere de la estrategia de certificación de hospitales, con la que se evalúan en forma voluntaria los hospitales en otros países, incluyendo el nuestro.

El proceso de acreditación para ser proveedor de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud, audita establecimientos con el objetivo de que desempeñen una tarea específica que asegure mínimos indispensables en la prestación de servicios con capacidad, seguridad y calidad para proporcionar atención a padecimientos incluidos dentro de un Catálogo Universal de Servicios de Salud y padecimientos incluidos dentro del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que el gobierno federal en conjunto con los gobiernos estatales pone a disposición de la población que hasta entonces no contaba con seguridad social, mediante una política nacional de Protección Social en Salud.

ANTECEDENTES

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se estableció con motivo de las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de mayo de 2003, por lo cual se elaboró el Reglamento en Materia de Protección Social en Salud, publicado el 5 abril de 2004.

En la mencionada reforma se establece la institucionalización del SPSS, cuya conducción está a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) y los servicios estatales de salud de las entidades federativas (SESA's) en el ámbito de sus respectivas competencias.

El mecanismo de implantación del SPSS fue gradual en coordinación con las 31 entidades federativas. El proceso se inició con la firma de convenios para ingresar al Seguro Popular –estrategia concreta del SPSS– entre los estados y la SSA. Tras la firma del convenio entre ambas dependencias, automáticamente se desencadenaba la inscripción de establecimientos, tanto de primero como de segundo nivel de atención. Ello legitimaba la capacidad de oferta inicial de 92 intervenciones del Catálogo de Beneficios Médicos, denominado Cabeme, el cual actualmente se conoce como Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contiene 249 intervenciones.

Dicha situación generó la necesidad de validar técnicamente los establecimientos inscritos. Esta propuesta fue impulsada por la Subsecretaría de Innovación y Calidad y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a efecto de garantizar la presencia y funcionalidad de mínimos indispensables para la oferta de las intervenciones citadas, situación que quedó incorporada en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. En el Reglamento Interior de la SSA se determinó que la responsabilidad del proceso de acreditación recaería en el ámbito de competencia de la DGCES, que realizará esta acción sólo en los establecimientos del Seguro Popular.

Las modificaciones a los reglamentos señaladas anteriormente confirieron soporte jurídico al proceso de acreditación, convirtiéndolo en obligatorio para aquellos establecimientos ya incorporados al Seguro Popular o para los que apenas desean incorporarse. Inicialmente este proceso se orientó a establecimientos públicos, con el fin de fortalecer la infraestructura en salud de los establecimientos dependientes de los servicios estatales de salud (SESAs).

MODELO DE LA ACREDITACIÓN

Una vez establecidas la necesidad de la evaluación de las condiciones en las cuales se proveía la atención a la salud en las unidades que ingresaban a la red de proveedores del Seguro Popular, se diseñó el modelo que daría sustento a dicha validación. En una primera fase se definieron objetivos, términos técnicos, estándares o criterios y el mecanismo de operación de la evaluación.

Dado que ya existía el Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, fue indispensable diferenciar ambos procesos. Para ello se establecieron las siguientes consideraciones técnicas:

- Para establecimientos del Sector Público la acreditación es obligatoria. Es requisito para pertenecer al Seguro Popular. Se hace por una ocasión y es responsabilidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Para establecimientos de los sectores público y privado la certificación es voluntaria. No es requisito de ingreso para el Seguro Popular. Se hace por más de una vez y es responsabilidad del Consejo de Salubridad General.
- Ambos procesos se complementan, pues la acreditación es requerida para el ingreso al Seguro Popular y la certificación (dos años después) para mantenerse dentro del mismo.
- El concepto *calidad* para la acreditación se establece en mínimos de eficiencia, oportunidad y buen, trato exigibles en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente.
- El concepto *capacidad* se considera como el mínimo indispensable de estructura, conocimientos del personal y equipamiento, exigible para la correcta intervención en los procesos de atención médica.
- El concepto *seguridad* queda definido como las condiciones mínimas indispensables para el bienestar físico de los pacientes y los elementos técnicos y morales exigibles para una práctica médica segura.

Objetivos

1. Definir y difundir, en los establecimientos que participen en el SPSS, los requerimientos técnicos mínimos y de procesos de gestión que servirán de base para la atención a los beneficiarios.
2. Evaluar el apego a los requerimientos mínimos que indica el manual, relacionados con los programas de prevención y protección de la salud, así como de vigilancia epidemiológica.
3. Formar el eje técnico y de gestión para que los establecimientos que participan en el SPSS puedan acreditarse.
4. Coadyuvar al desarrollo y al fortalecimiento de los elementos de estructura y procesos de los establecimientos de la SSA en los estados, de acuerdo con las políticas y programas impulsados por la propia SSA.
5. Promover la gestión de calidad en los diferentes tramos administrativos y operativos de la SSA en los estados.
6. Otorgar acreditación a establecimientos que cumplan lo establecido en el manual vigente.

Para el logro de estos objetivos, se establecieron las funciones y responsabilidades de las instancias participantes en el proceso, así como sus mecanismos y documentación:

- La DGCES elabora y difunde las bases para solicitar la acreditación, con el fin de ingresar como establecimiento, dentro del SPPS. Siendo la instancia responsable de llevar a cabo la acreditación.
- El Comité para la Acreditación está representado, sólo para este fin, por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, instancia encargada de emitir el dictamen de acreditación. Está integrado por el subsecretario de Innovación y Calidad (presidente), el director general de Calidad y Educación en Salud (secretario) y el director de Impulso a la Gestión de Calidad (vocal).
- El Manual para la Acreditación establece los mínimos indispensables para que un establecimiento sea considerado dentro del SPPS.
- En el Manual para la Acreditación se identifica a los usuarios, sus beneficios, los atributos del servicio, los estándares a cumplir y los indicadores de desempeño y satisfacción clasificados en: capacidad, seguridad y calidad, según sea el caso.
- El procedimiento de acreditación es llevado a cabo con absoluto respeto, objetividad, imparcialidad, transparencia y confidencialidad para los solicitantes.
- La SSA, a través de la DGCES se reserva el derecho de realizar seguimiento de los resultados obtenidos durante el proceso de acreditación. Este seguimiento se realizará con base en un plan interno de trabajo.

Estándares

El Manual para la Acreditación, además de contar con la metodología, contiene los estándares, en formato de cédulas, construidas para evaluar los centros de salud y hospitales, en tres grandes apartados:

- *Capacidad.* Para responder a la demanda. Se refiere a contar con los mínimos indispensables de capacidad física y técnica, para la atención de la patología establecida en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- *Seguridad.* Principales aspectos de seguridad del paciente y práctica médica segura durante el proceso de atención médica y estancia en el establecimiento.

- *Calidad.* Factibilidad técnica en el desarrollo de mínimos de gestión de calidad que coadyuven a los procesos de mejora continua y apego a los principales programas de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

La Evaluación tiene tres modalidades:

- *CAUSES.* Evalúa las 249 intervenciones a las que todo establecimiento deberá tener capacidad de identificar, corregir, rehabilitar o en su caso referir para su control.
- *Gastos catastróficos.* Evalúa seis patologías: cáncer cervicouterino, leucemia linfoblástica aguda, vih/sida, neonato con insuficiencia respiratoria aguda y prematuridad, cáncer en niños y adolescentes y cataratas.
- *Auditoría por redes.* En ella se pretende evaluar la conectividad entre las unidades, mediante el sistema de referencia y contrarreferencia, las acciones *preventivas versus* las curativas en la atención de patología de curso crónico. Esta modalidad no se encuentra aún en operación.

De forma muy resumida, los estándares establecen lo siguiente:

1. Se garantizará la atención oportuna y el trato digno en los servicios a los pacientes y familiares, en su caso.
2. Se brindará a la población lo establecido en el Artículo 77 bis, inciso 9, de la Ley General de Salud, donde se considera que los establecimientos deberán ofertar, al menos en las prestaciones orientadas a la prevención y el fomento del autocuidado de la salud, la programación de las citas, la continuidad de la atención, la integración del expediente clínico, la prescripción y el surtido garantizado de medicamentos, así como la información al usuario sobre su diagnóstico y pronóstico, incluyendo la orientación correspondiente al tratamiento.
3. La organización deberá conocer y aplicar las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) correspondientes a los procesos de atención médica y programas de Salud Pública correspondientes, y demostrar la competencia profesional del personal médico y paramédico que labora en el establecimiento.
4. La dirección de los establecimientos deberá planear, dirigir, mejorar los procesos y gestionar los recursos necesarios para la adecuada cobertura de atención, así como una estrecha coordinación con la jurisdicción sanitaria correspondiente para el manejo y control de la vigilancia epidemiológica y de la operación de programas de Salud Pública.

5. Se contará con un Sistema de Referencia/Contrarreferencia y deberá cumplir con los mecanismos que demuestren la eficiencia del mismo, además de mecanismos de prestación o contraprestación de servicios si es de la misma institución, o de subrogación si es por otras instituciones, en caso de requerir de mayor capacidad de respuesta.

El mecanismo de calificación es únicamente de cumple (un punto) y no cumple (cero puntos). En el caso de que un concepto no sea requerido para un determinado tipo de establecimiento, existe la opción "no aplica". En la cédula de acreditación, el criterio de capacidad representa el 60% de la calificación global de la evaluación, lo que determina la capacidad del establecimiento. Los criterios de seguridad representan un 20% de la calificación y el 20% restante corresponde al criterio de calidad.

Como condición para que un establecimiento permanezca en el sistema, deberá contar con el dictamen de acreditación que emita la Subsecretaría de Innovación y Calidad como resultado de la aplicación del proceso de evaluación que se establezca en el manual vigente con base en la sección segunda del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Consecuentemente, el citado Reglamento, en su artículo 29, determina que en los casos que se genere un dictamen no favorable o condicionado, el establecimiento será informado acerca de los criterios no cumplidos a efecto de que éstos sean resueltos por la instancia correspondiente y sea evaluado nuevamente, en un plazo no mayor a 12 meses. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, programará y realizará la visita de evaluación previa gestión de la entidad.

Por ningún motivo, un establecimiento permanecerá en el sistema prestador de servicios mientras no haya cumplido satisfactoriamente con la evaluación y sea dictaminado como acreditado por el Comité.

Durante noviembre de 2003 se realizó un curso teórico y práctico, cuya finalidad fue la elaboración final de los manuales de la acreditación, así como la metodología de aplicación. En el curso hubo participación docente de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica y la Dirección General de Planeación y Desarrollo.

El curso estuvo conformado por trabajo teórico y talleres. En estos últimos se discutieron ampliamente los borradores del manual de acreditación, de las cédulas de primer nivel y de segundo nivel de atención, así como la metodología de la operación y las reglas de la auditoría. El producto final de estas sesiones fueron los instrumentos preliminares que se probaron en un

piloto. Este estudio fue realizado exclusivamente por auditores federales, en 13 centros de salud y siete hospitales de Aguascalientes, Guanajuato, Morelos, Estado de México e Hidalgo. Con base en los resultados se hicieron correcciones a los instrumentos y se enviaron por oficio a los titulares de los Servicios de Salud, para su difusión en los estados.

Las cédulas de evaluación están en constante actualización y mejora, ya que se han modificado cada vez que el Catálogo incrementa el número de intervenciones. Específicamente, el inventario de medicamentos es el que sufre mayores modificaciones

Evaluadores

El equipo de evaluación se integra con personal de la Secretaría de Salud federal, personal médico de servicios de salud estatales y líderes de calidad en las entidades federativas autorizados para ejercer las funciones en la materia, quienes fueron capacitados previamente. La responsabilidad del proceso de evaluación recae en el titular de la Subdirección de Calidad de la Atención Médica. Como un mecanismo de control que garantice la imparcialidad de la evaluación, se ha normado que el equipo evaluador no pertenezca al mismo estado en donde se realiza la acreditación.

Para cada visita se integra un equipo de tres evaluadores, cuyo perfil depende del tipo o complejidad de los establecimientos a evaluar. Fundamentalmente, las actividades del equipo son: evaluar las unidades, procesar la información y preparar un expediente que es enviado al Comité de Acreditación, mismo que emite el dictamen.

El proceso de evaluación se desarrolla con auditores de dos diferentes grupos: los auditores federales, cuya función primordial, además de auditar, es coordinar a los auditores estatales; estos últimos son médicos, enfermeras, trabajadores sociales o ingenieros biomédicos.

En el ámbito federal existe una subdirección y una jefatura de departamento, encargados de elaborar el programa de trabajo, realizar las funciones de coordinación con los estados, coordinar y controlar a los equipos de auditoría, además de la coordinación logística. Una vez efectuadas las coordinaciones, los auditores federales en conjunto con los estatales, se reúnen el domingo previo al inicio de la visita con personal de los servicios estatales de salud a evaluar, para afinar los detalles de las visitas al siguiente día. El lunes por la mañana, salen los equipos de trabajo a las unidades. Este proceso se repite cada semana, con diferentes auditores; no obstante, cada auditor repite el proceso cada 15 días.

Para 2006, las visitas de evaluación se realizan por muestreo de conglomerados. Se toma como muestra por lo menos 30% de las unidades a evaluar.

Si de la muestra todas las unidades cuentan con más de 90 puntos, se consideran como acreditadas todas las unidades del conglomerado; por el contrario, si alguna de ellas quedara con menos de 90 puntos, el conglomerado se considera como no acreditado.

Operación

A partir de octubre de 2003 se reestructuró la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Se estructuró a la Subdirección de Calidad de la Atención Médica para dar respuesta a las necesidades de Acreditación. El financiamiento originalmente fue subsidiado por la DGCyES, sin embargo, a partir de marzo de 2006 los Servicios Estatales de Salud (SESA's) han financiado la totalidad del proceso o ha sido financiamiento mixto: estado-federación.

a) Autoevaluación

La persona que coordina a los evaluadores a nivel federal envía a los SESA's las cédulas de autoevaluación, las cuales, además, se encuentran en el portal web de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en el recuadro de Acreditación, para su consulta y uso. Los establecimientos efectúan las evaluaciones internas. Éstas se envían al coordinador de evaluadores, para ser incluidas en el Programa anual de trabajo.

En caso de no cumplir los requerimientos mínimos solicitados, el establecimiento deberá elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios para gestionar los recursos necesarios para el cumplimiento de la cédula de mínimos. Cuando la unidad médica obtenga como mínimo el 90% solicitado en la autoevaluación, podrá acceder al paso siguiente.

b) Evaluación

La fase de evaluación generalmente ocurre una vez cumplimentada la autoevaluación, sin embargo, el Comité se reserva el derecho a determinar las visitas a las unidades independientemente de los resultados obtenidos en la autoevaluación. La autoridad estatal solicita formalmente a la DGCyES que se efectúe el proceso de Evaluación para el establecimiento. Los SESA's y las jurisdicciones sanitarias pueden conformar un grupo que verifique los resultados obtenidos en sus establecimientos.

El equipo revisa la autoevaluación e identifica al establecimiento o la red de servicios como candidata para la acreditación y se le comunica al Comité para programar la visita del equipo evaluador al establecimiento o la

red de servicios, sin menoscabo de que se puedan evaluar las unidades o la red, independientemente de los resultados de la autoevaluación. La evaluación de los establecimientos o de la red de servicios se llevará a cabo previo envío por parte del estado de sus redes de servicios. El coordinador federal selecciona por muestreo de por lo menos 30% de las unidades a evaluar, de las cuales invariablemente quedará el hospital ancla y el hospital intermedio en la agenda de evaluación.

La evaluación de CAUSES en el primer nivel de atención se realiza al seleccionar una muestra de 30% del total de unidades propuestas por los SESA's para su acreditación. Se requiere un mínimo de 20 unidades en un ámbito geográfico para proceder a la selección de la muestra. Si una de las unidades muestra no acreditase, automáticamente todo el bloque se considerará no acreditado, mientras que, por el contrario, si la muestra acredita, todas las que conforman el grupo recibirán su acreditación. Para garantizar que la visita de evaluación sea eficiente es importante que los SESA's preparen adecuadamente a sus unidades médicas y realicen con honestidad la fase de autoevaluación.

Por otro lado, la evaluación de CAUSES hospitalario y de gastos catastróficos se realiza en cada unidad solicitante, generalmente por el personal federal.

Es importante enfatizar que el proceso de evaluación es eminentemente técnico, y promueve la gestión de calidad, por lo cual el evaluador debe apearse a la evaluación determinada con los criterios definidos en el numeral, por lo que en ningún caso los evaluadores podrán emitir resultados preliminares a persona alguna del establecimiento médico o de los SESA's.

Dictamen

El comité interno evalúa el informe, así como los resultados de la evaluación y decide la procedencia, para lo cual prepara un dictamen preliminar, que envía al Comité para la Acreditación. Este último resuelve, según sea el caso, y comunica oficialmente el dictamen a los SESA's con copia al establecimiento médico.

En gastos catastróficos, si el dictamen es favorable, pero condicionado por haber obtenido un puntaje de 70 a 89, los SESA's deberán presentar un Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios, con el fin de resolver las necesidades detectadas y los requerimientos en las áreas correspondientes. En el caso de CAUSES, como ya se mencionó anteriormente, si el dictamen no es favorable para una sola de las unidades de primer nivel de la muestra, se reiniciará el proceso, además de elaborar el Plan para el Fortalecimiento de la Oferta de los Servicios. Si el dictamen es favorable, se comunica a las mismas instancias involucradas.

Se cuenta con una calificación cuantitativa gradual de dictamen: acreditado (90 a 100 puntos), acreditado condicionado (70 a 89 puntos), y no acreditado (menos de 70 puntos), además de un acta con recomendaciones anexas y, en su caso, la Constancia de Acreditación. El proceso de acreditación podrá realizarse mediante cualquiera de estas tres modalidades:

- Acreditación de establecimiento médico.
- Acreditación por redes.
- Acreditación de Servicio de Alta Especialidad (GC).

Para los efectos del certificado a que se refiere el último párrafo del artículo 77 bis, inciso 30, de la Ley General de Salud, se apegará a lo que regula el Consejo de Salubridad General, en tanto no exista otro proceso de certificación.

La acreditación tiene vigencia de dos años dentro del sistema y de tres años para los establecimientos que atienden gastos catastróficos. La DGCyES se reserva el derecho a realizar una evaluación de seguimiento con el fin de constatar que las condiciones bajo las cuales se acreditó al establecimiento continúen vigentes.

El establecimiento acreditado, de primer o segundo nivel de atención, deberá iniciar las gestiones correspondientes para obtener la certificación que extiende el Consejo de Salubridad General, en términos del Tercero transitorio del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

RESULTADOS

De enero de 2004 a septiembre del 2006 se han realizado 2,612 visitas de evaluación para Causas. Casi 10% de éstas ha necesitado más de una visita para alcanzar la acreditación. Por ello, el total de unidades dictaminadas es de 2,298; 10.4% fueron hospitales (cuadro I).

Cuadro I
Unidades dictaminadas para el proceso de Acreditación
del Seguro Popular, México, agosto de 2006

Centros de salud			Hospitales			Total
A*	AC	NA	A	AC	NA	
1 387	445	226	153	73	14	2 298

*Incluye 4 unidades móviles

Fuente: Cédulas de evaluación, DGCES, SSA

El hecho de que el Seguro Popular surgió sin exigir el requisito de acreditación a los establecimientos ha generado que en gran parte de los SESA's el porcentaje de unidades médicas acreditadas sea inferior al de unidades médicas afiliadas al SPSS. A junio de 2006 algunos SESA's han alcanzado porcentajes superiores al 70% de unidades afiliadas acreditadas, sin embargo otros no han logrado ni 10% de las mismas. Destacan especialmente en el primer caso los estados de Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato y Morelos; mientras que por su bajo cumplimiento con la acreditación se encuentran los estados de Durango, Chihuahua, Baja California Sur y Puebla, entre otros (figura1).

Un problema adicional para el logro de la cobertura de acreditación en todas las unidades médicas que actualmente proveen servicios al SPSS es la pérdida de la vigencia de las acreditaciones condicionadas. En CAUSES, a

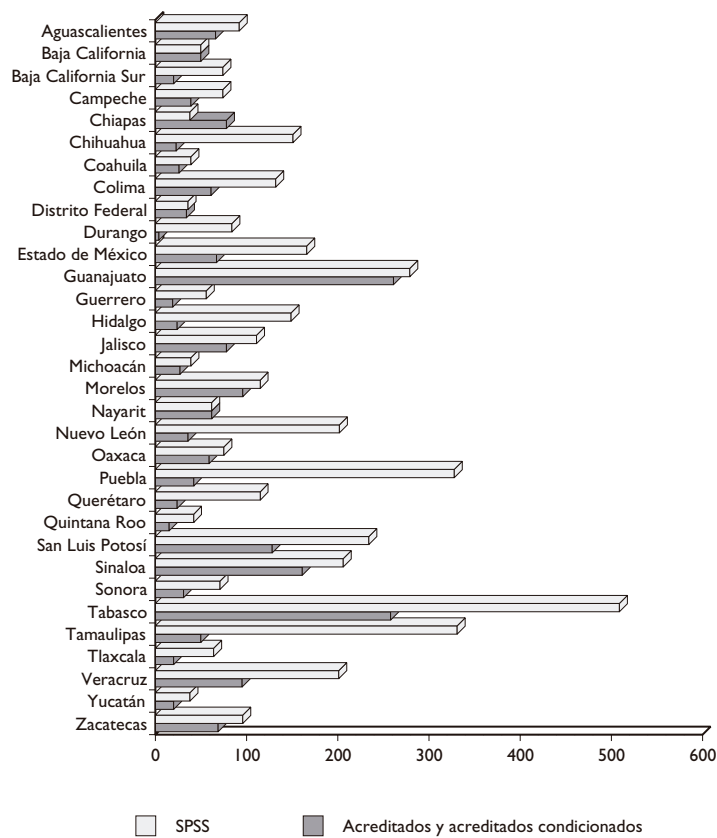


Figura I. Unidades acreditadas y unidades incorporadas al SPSS

septiembre de 2006 se habrán perdido 309 vigencias, incluyendo establecimientos de primero y segundo nivel. El principal problema que genera la falta de cumplimiento con la reevaluación en el periodo establecido ha sido el incremento en 80% del inventario de medicamentos requerido por el Causes, en comparación con el anterior CAUSES vigente hasta febrero de 2006. Es conocido que la presupuestación y programación del abasto suele realizarse en los últimos meses del año, por lo que los requerimientos en insumos para cubrir las 249 intervenciones del Causes no pudieron ser consideradas al presupuestar el año 2006, hecho que se observa en el escaso avance en acreditación en estados tradicionalmente de baja inversión en salud.

En gastos catastróficos, el porcentaje de unidades médicas afiliadas acreditadas es diferente, ya que el SPSS paga por evento y definitivamente no califica los casos de los hospitales cuyos servicios específicos de alta especialidad no están al menos acreditados condicionados (cuadro II). En estos casos existió temporalmente la figura de Acreditado Provisional, surgida para resolver la inminente necesidad de contar con servicios en posibilidades de establecer convenio con el SPSS para la atención de determinadas patologías.

Las necesidades implícitas en la atención de los gastos catastróficos han determinado que se complemente la atención pública con proveedores privados cuando no existe capacidad de respuesta en el sector público, ya sea por porcentajes de ocupación muy altos en hospitalización o por deficiencias tecnológicas. Por ello y a solicitud expresa de los SESA's y de la CNSPSS se han evaluado algunos establecimientos de atención privados.

Es importante destacar que en las unidades evaluadas se aprecia mayor cumplimiento en los criterios relacionados con el capítulo de capacidad. Una explicación a ello es que en éste se explora la obra física, equipamiento y suministros, indispensables para proveer atención médica. A pesar de su existencia, es común observar que en algunos casos el deterioro de las instalaciones y la reducida vida funcional del equipo, sugieren la necesidad de dar seguimiento de las condiciones en que se proveerá la atención en un futuro próximo.

En el capítulo de seguridad los problemas más frecuentes se centran en el incumplimiento del funcionamiento de los Comités Hospitalarios, hecho que deriva en situaciones deficientes tan relevantes como altas tasas de infecciones nosocomiales, falta de estudio y seguimiento de los casos de mortalidad materna y, de manera alarmante, las deficiencias en el correcto llenado del expediente clínico, así como la falta de congruencia entre la sintomatología y el diagnóstico y el diagnóstico y el tratamiento.

De los tres capítulos auditados, el de mayor problemática es el de calidad, debido a que, por ser un proceso relativamente joven, aún no ha permeado totalmente en las actividades de las unidades.

Cuadro II
Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad,
Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2004 a diciembre 2006. "Fondo de gastos Catastróficos"

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes													
		LLA		CACU		VIH/SIDA		Neonato		Catarata		Cáncer		Hemodiálisis	
		A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA
Aguascalientes	Hospital Centenario "Miguel Hidalgo"	1		1											
Aguascalientes	Hospital de la Mujer					1									
Aguascalientes	Hospital General Rincón de Romos					1									
Aguascalientes	Hospital General Calvillo							1							
Aguascalientes	Hospital General Pabellón de Arteaga							1							
Baja California	Hospital General de Tijuana	1		1											
Baja California	Hospital General de Mexicali	1		1											
Baja California	Hospital General de Ensenada	1		1											
Baja California Sur	Hospital Juan María Salvatierra														
Baja California Sur	Centro Est. de Oncolog. "Dr. Rubén Cardoza Macías"			1											
Campeche	Hospital General Dr. Alvaro Vidal														
Coahuila	Centro Estatal del Adulto Mayor														
Coahuila	Hospital Universitario "Dr. Gonzalo Valdéz"			1											
Coahuila	Hospital del Niño "Dr. Federico Gómez"	1													
Colima	Hospital Regional Universitario	1													
Colima	Centro Estatal de Cancerología														
Chiapas	Hospital General de Tuxtla														
Chiapas	Hospital de Especialidades Médicas														
Chiapas	Hospital General de Comitán														
Chiapas	Hospital General de Tapachula			1											
Chihuahua	Hospital Central de Chihuahua														
Chihuahua	Hospital General de Ciudad Juárez	1													
Chihuahua	Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez														
Chihuahua	Centro Estatal de Cancerología														
Chihuahua	Hospital Infantil	1													

(Continúa)

**Cuadro II
(Continuación)**

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	LLA		Intervenciones/dictámenes						Hemodíalisis			
		A	NA	VIH/SIDA	Neonato	Catarata	Cáncer	Hemodíalisis	A	NA			
Chihuahua	Hospital General de Chihuahua			1		1							
Distrito Federal	Instituto de Oftalmología, FAP Conde de Valenciana IAP					1							
Distrito Federal	Asociación para Evitar la Ceguera en México IAP					1							
Distrito Federal	Clínica Especializada Condesa						1						
Distrito Federal	Hospital de la Luz												
Distrito Federal	Hospital General de Peralvillo						1						
Distrito Federal	Hospital General Belisario Domínguez						1						
Durango	Centro Estatal de Cancerología	1									1		
Durango	Hospital General de Durango					1							
Guerrero	Hospital de la madre y el niño indígena guerrerense						1						
Guerrero	Centro Oftalmológico Emma Limón de Brown												
Guerrero	Instituto de Cancerología "Dr. Arturo Beltrán Ortega"	1											
Guanajuato	Hospital General de Uriangato										1		
Guanajuato	Hospital General Apaseo el Grande										1		
Guanajuato	Hospital General de Irapuato										1		
Guanajuato	Hospital General de Celaya										1		
Guanajuato	Hospital Materno Infantil de León					1							
Guanajuato	Hospital Regional de León			1		1					1		
Hidalgo	Hospital General de Pachuca						1						
Hidalgo	Hospital del Niño DIF	1										1	
Hidalgo	Clínica Especializada en SIDA												
Jalisco	Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"	1				2						1	
Jalisco	Instituto Jalisciense de Cancerología			1									
Jalisco	Antiguo Hospital Civil de Guadalupe Fray Antonio Alcalde					2						1	
Jalisco	Hospital Regional de Tepic											1	
Jalisco	Hospital General de Occidente					2						1	1

(Continúa)

**Cuadro II
(Continuación)**

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	LLA		CACU		VIH/SIDA		Neonato		Catarata		Cáncer		Hemodiálisis	
		A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA
México	Hospital del Niño IMIEM	1						1							
México	Hospital General de Tlalnepanmtla "Ceylán"							1							
México	Hospital General de Chimalhuacan									1					
México	Hospital General de Ecatepec										1				
México	Centro Médico López Mateos										1				
México	Hospital General de Toluca Nicolás San Juan											1			
Michoacán	Centro Estatal de Cancerología	1		1											
Michoacán	Hospital Infantil de Morelia	1						1							
Michoacán	Hospital General de Michoacán		1					1			1				
Michoacán	Hospital General de Uruapan											1			
Michoacán	Hospital de la Mujer							1							
Morelos	Hospital del Niño Morelense	1						1					1		
Morelos	Hospital General de Cuautla								1						
Morelos	Hospital General de Morelos								1						
Morelos	Hospital General de Jojutla									1					
Nayarit	Hospital Civil "Dr. Antonio Glez. Guevara"											1			
Nayarit	Centro Estatal de Cancerología	1													
Nivel Federal	Hospital Dr. Manuel Gea González									1					
Nivel Federal	Hospital Infantil de México	1							1				1		
Nivel Federal	Hospital Juárez de México										1				
Nivel Federal	Hospital General de México	1													
Nivel Federal	Instituto Nacional de Cancerología													1	
Nivel Federal	Instituto Nacional de Pediatría	1							1						
Nivel Federal	Instituto Nacional de Rehabilitación												1		
Nuevo León	Unidad de Atención Médica Santos y de la Garza												1		
Nuevo León	Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL	1						1					1		

(Continúa)

**Cuadro II
(Continuación)**

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes													
		LLA		CACU		VIH/SIDA		Neonato		Catarata		Cáncer		Hemodiálisis	
		A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA
Nuevo León	Hospital General Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda					1					1				
Oaxaca	Centro Oncológico Estatal			1											
Oaxaca	Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso"					1					1				
Oaxaca	Atención a Pacientes con SIDA										1				
Oaxaca	Hospital Regional de Alta Especialidad														
Oaxaca	Hospital de la Niñez de Oaxaca										1				
Puebla	Hospital del Niño Poblano			1							1				
Puebla	Hospital de la Mujer con Centro Oncológico					1									
Puebla	Hospital General de Puebla										1				
Querétaro	Hosp. de Especialidades del Niño y de la Mujer "Dr. Felipe Nuñez Lara"			1											
Querétaro	Hospital General de San Juan del Río					1									
Querétaro	Hospital General de Querétaro										1				
San Luis Potosí	Hospital General de Matehuala														
San Luis Potosí	Hospital General de Río Verde										1				
San Luis Potosí	Hospital General "Dr. Ignacio Morones Prieto"			1							1				
San Luis Potosí	Hospital Materno Infantil														
San Luis Potosí	Hospital de Cd. Valles										1				
Sinaloa	Hospital Civil de Culiacán														
Sinaloa	Centro Oncológico de Culiacán					1									
Sinaloa	Hospital General "Dr. Bernardo J. Gastélum"										1				
Sinaloa	Hospital Pediátrico de Sinaloa			1											
Sinaloa	Hospital General de Mazatlán "Dr. Martiniano Carbajal"										1				
Sinaloa	Hospital General de los Mochis										1				
Sinaloa	UNEME Mochis														1
Sinaloa	UNEME Culiacán														1
Sonora	Hospital Infantil de Sonora			1							1				

(Continúa)

**Cuadro II
(Continuación)**

Entidad federativa	Nombre del establecimiento	Intervenciones/dictámenes													
		LLA		CACU		VIH/SIDA		Neonato		Catarata		Cáncer		Hemodiálisis	
		A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA	A	AC NA
Sonora	Hospital Oncológico de Sonora			1											
Sonora	Centro de Investigación en SIDA					1									
Sonora	Hospital General de Obregón							1							
Sonora	Hospital General de Hermosillo							1							1
Tabasco	Hospital General de Cárdenas					1									
Tabasco	Hospital General de Comalcalco					1									
Tabasco	Hospital General Gustavio Rovirosa					1		1		1					
Tabasco	Hospital del Niño Tabasqueño Dr. Rodolfo Nieto Padrón	1				1		1							
Tabasco	Hospital de Alta Especialidad "Dr. Graham Cassasus"			1		1		1							
Tamaulipas	Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco"	1							1						
Tamaulipas	Hospital Infantil de Tamaulipas	1							1						
Tamaulipas	Centro Oncológico de Cd. Victoria, Tam				1										
Tamaulipas	Hospital Gral. de Tam. Dr. Norberto Treviño Zapata			1					1						
Tamaulipas	Hospital Civil de Ciudad Victoria					1			1						
Tamaulipas	Hospital General de Nuevo Laredo				1			1							
Tamaulipas	Hospital General José María Cantú García, Reynosa			1				1		1					
Veracruz	Centro de Especialidades Médicas Dr. Rafael Lucio							1							
Veracruz	Centro Estatal de Oncología	1													
Veracruz	Hospital Regional de Río Blanco	1				1				1					
Veracruz	Hospital Subregional de Poza Rica	1				1				1					
Veracruz	Hospital Regional "Valentín Gómez Farías"	1				1				1					
Veracruz	Hospital Regional de Veracruz	1				1				1					
Veracruz	Hospital Subregional "Dr. Luis F. Náchón"										1				
Yucatán	Hospital General Dr. Agustín Ohorán	1				1				1					
Yucatán	Centro Anticanceroso (Cruz Roja)														
Zacatecas	Hospital General de Zacatecas													1	
Asist. Privada DF	Fundación para la Dignificación de la Mujer			1											
Subtotales/Unidad		131	34 3 1	32 10 1	31 12 2	47 24 1	39 20 3	62	72	284				21	3
Total /Intervenciones			38	43	43	45	62	72	284						

CONCLUSIONES

El proceso llevado a cabo durante casi tres años ha sido exitoso, tanto en términos de su productividad como en su utilidad para la identificación de áreas de oportunidad en los establecimientos médicos, ya sean de infraestructura o de los mínimos relacionados con calidad y seguridad para el paciente. Igualmente, el reconocimiento logrado tanto en el ámbito central federal como en los servicios de salud estatales, incluyendo a las áreas de operación, refleja el valor que la acreditación ha alcanzado, no solo como mecanismo de autorización de proveedores para el Seguro Popular –su objetivo original–, sino como un instrumento de apoyo para el diagnóstico inicial de la organización y su estructura y el planteamiento de acciones de mejora.

El análisis del sistema permite señalar sus ventajas. Una de las más importantes para el logro del objetivo ha sido su capacidad de operación, ya que ha dado clara y puntual respuesta a las necesidades del Seguro Popular, para asignar financiamiento, enfocado a CAUSES y gastos catastróficos.

Durante los tres años de existencia, las modificaciones se han centrado en la puntualización de aquellas acciones preventivas que impactan de manera favorable a los pacientes, familias y comunidad; así como en el fortalecimiento de aquellos procesos que actúan directamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, con el ejemplo observado en la atención de la mujer en edad fértil, embarazada, parto y puerperio y la atención del recién nacido.

Debe mencionarse el bajo costo del proceso de acreditación, que en términos generales se estima menor a 400 dólares por unidad evaluada (costo estimado a 2006), lo que genera una relación costo/beneficio altamente satisfactoria.

La participación de evaluadores estatales ha facilitado la transparencia del proceso, además de la presencia de las autoridades del estado evaluado y de las mismas unidades durante las visitas de evaluación.

Al enfatizar la necesidad de demostrar calidad en procesos, lo que representa 20% de la calificación total, se fortalece la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el avance hacia la búsqueda de la mejora de procesos. También puede considerarse que impulsa a los programas de salud pública, en la medida en que se exploran como parte de los capítulos de capacidad y seguridad y se apoya a los programas de atención médica, evidenciados en notas y estudios incorporados en el expediente clínico.

El proceso de acreditación y los evaluadores federales y estatales son, a su vez, evaluados a través de una cédula que mide actitud y aptitud hacia la función de evaluación. Esto es, puntualidad, actitud, interrelación, inte-

gración, coordinación, disponibilidad, conocimiento y presencia, con la finalidad de identificar áreas de mejora personales o del proceso.

Asimismo, la acreditación genera una ganancia directa para las unidades, las cuales obtienen un beneficio concreto que se traduce en dinero, ya sea en montos calculados por familia afiliada en el CAUSES de primer nivel o por tratamientos completos por paciente en el caso de leucemia, sida, cataratas y neonato o tratamientos parciales según estadio tratándose de cáncer cervicouterino.

La información derivada de las evaluaciones de la acreditación –dictámenes y recomendaciones– es utilizada por diversas áreas de nivel federal, como la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), la Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR), el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA), el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), y muy especialmente el Consejo Nacional para la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Visuales. Esta organización ha realizado un censo de disponibilidad de estructura en la atención de cataratas en el ámbito nacional con base en la cédula para la acreditación de cataratas.

Además, las principales áreas de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud hacen uso de esos informes para conocer el estatus de algunos proyectos específicos, entre ellos, Aval ciudadano, Acuerdos de Gestión, Sistema INDICA, Premio Nacional de Calidad.

También se han identificado oportunidades de mejora. El trabajo en estas áreas, a corto y mediano plazo, seguramente redundará en beneficios, tanto para el sistema de acreditación, como para el Seguro Popular y el sistema de salud en general. Las más relevantes son:

- Desarrollar un mecanismo de seguimiento que garantice que los resultados de la acreditación, especialmente en materia de capacidad, no se tornen deficitarios con el paso del tiempo. Para ello se han propuesto 18 indicadores, que van de la estructura al resultado (cuadro III).
- Aunque la acreditación de las unidades médicas no es responsabilidad de la DGCyES, es importante considerarla. Es necesario que los SESA's se esfuercen para avanzar rápidamente en la acreditación de las unidades de atención pertenecientes a la red del Seguro Popular y aún no se han evaluado, de tal forma que en el corto plazo se cumpla con lo establecido en el reglamento correspondiente.
- Lo anterior requiere la realización de un esfuerzo adicional de coordinación entre el SPSS y los SESA's para la asignación útil de recursos

Cuadro III
Indicadores propuestos para seguimiento de la acreditación

Estructura	Indicadores Proceso	Resultados
Centro de salud (estructura física)		
Consultorio (equipo)		
Red de frío (refrigeradores)		
Red de frío (biológico)		
Diabetes mellitus (glucómetro)	Diabetes mellitus (detección)	
Diabetes mellitus (medicamentos)		
Hipertensión arterial (medicamentos)	Hipertensión arterial (detección)	
Atención perinatal (equipo)	Atención perinatal (consultas)	
Planificación familiar (equipo e insumos)	Planificación familiar (control)	
	Crecimiento y desarrollo (control)	
	Crecimiento y desarrollo (desnutrición)	
		Aval ciudadano
		Referencia-Contrarreferencia
		Expediente clínico
9	6	3

diversos en la mejora de la estructura de las unidades médicas, ya que el incentivo financiero en algunos casos no siempre es aplicable, con el fin de impedir que dicha situación se prolongue indefinidamente.

- Mejorar los mecanismos de coordinación entre los líderes de calidad y los responsables de las áreas médicas en los estados, con el fin de concretar acciones de calidad en los establecimientos médicos.
- Formalizar la colaboración de los evaluadores capacitados en la certificación que dependen del Consejo de Salubridad General en el CAUSES y en gastos catastróficos, a fin de optimizar recursos y disminuir los costos del proceso.
- Actualización permanentemente e incorporación de otras modalidades que no tengan la totalidad de CAUSES ni estén condicionados a ser un gasto catastrófico (por lo menos en el corto plazo). Ejemplo de ello es el trabajo ya realizado para contar con cédulas para hemodiálisis y diálisis peritoneal, y las que aparecen como de próxima inclusión: manejo ambulatorio de diabetes, problemas cardiovasculares, trasplantes, rehabilitación a largo plazo, entre otras.

El proceso de acreditación permite que el nivel de atención a la salud tanto en CAUSES como en gastos catastróficos sea homogéneo en todas las entidades, de igual manera entre establecimientos públicos y los del sector privado que empiezan a incorporarse al SPSS.

LA EVALUACIÓN Y LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA, 1998-2005

MARÍA ELENA LÓPEZ NÚÑEZ

ANTECEDENTES

El primer proceso de reforma del sector salud en Costa Rica se inicia a mediados del siglo XVIII y se continúa hasta los inicios del siglo XX. Durante esa época y en el marco de conformación de un Estado oligárquico liberal aparece la medicina asistencial de caridad, organizada por medio de las Juntas de Caridad y con fondos de la Lotería Nacional, se inicia la construcción de asilos y hospitales para la población pobre. Esta población estaba desprotegida, ya que no estaba en condiciones de pagar las consultas médicas de profesionales formados en Europa, pertenecientes a la burguesía cafetalera del país, que atendían en consultorios individuales y a domicilio, y que, además, trabajaban en forma *ad honorem* en los pocos hospitales existentes en esa época. “Los pobres recibían atención médica y los médicos ganaban experiencia clínica e indulgencias”.¹

En las primeras cuatro décadas del siglo XX, se inician las acciones de Salud Pública, al inicio asentadas en la Secretaría de Policía, a cargo de las acciones de las llamadas “Luchas”: contra la anquilostomiasis (Instituto Rockefeller), las enfermedades venéreas, la tuberculosis y, curiosamente, la salud escolar. Esta actividad preventiva se relaciona con el hecho de que en 1887, se había decretado la obligatoriedad de la enseñanza primaria, en forma gratuita, costada por el Estado.

En 1927 se crea la Secretaría de Salud Pública y Protección Social,² con profesionales formados en Europa, dentro de las corrientes higienistas y preventivistas de esa época. Se crean las Unidades Sanitarias en las cabeceras de cantones, cuyas principales funciones eran la atención materno-infantil, el programa de salud escolar y los programas de las diferentes “Luchas”, y se agrega en los años 40 la Lucha Antimalárica, que originariamente estaba a cargo de la Compañía Bananera en la Región Atlántica del país.

A inicios de la década de los 40, con un nuevo marco ideológico del Estado reformista y benefactor, bajo el gobierno de un partido conservador y apoyado por la alianza establecida con el Partido Comunista y el Arzobispo

de San José, Monseñor Víctor Manuel Sanabria, se producen tres reformas sociales patrocinadas por el Estado³: el seguro social obligatorio (1941), el establecimiento de las garantías sociales (1942) y la promulgación del Código de Trabajo (1943). Cada una de estas reformas ofreció, por primera vez, protección social masiva, en áreas donde previamente no existía; cada una de ellas asentó un precedente en cuanto a la intervención estatal en los asuntos referentes a la cuestión social, y si bien el debate y la lucha que se gestó alrededor de estos asuntos fue larga, amarga y originó un movimiento armado contra el partido de gobierno que las apoyaba en 1948, se mantienen invariables hasta la fecha.

En los años 50, en el marco del Estado benefactor, apoyado en el modelo económico de “sustitución de las importaciones”, se inicia un proceso de industrialización y de crecimiento económico que permitió el incremento del ingreso per cápita y del gasto en salud, mejoraron las condiciones de vivienda y educación de la población, y disminuyó el analfabetismo a 11,2%.⁴

En ese periodo se consolida la conducción del Ministerio de Salud, se establece un sistema hospitalario nacional y se consolida una red de servicios ambulatorios con marcada orientación hacia la prevención y promoción de la salud.⁵ Al mismo tiempo, la cobertura de la Seguridad Social se extiende al núcleo familiar y se avanza en la cobertura de la población trabajadora hasta llegar a cubrir 40% de la población total del país a finales de la década de los 60.

En el periodo de 1970 a 1978, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, se elabora el Plan Nacional de Salud 1974-1980;⁶ se extiende la cobertura de servicios de salud a poblaciones rurales dispersas y urbano marginadas con servicios denominados de “atención primaria” a cargo del Ministerio. Se fortalecen los programas nutricionales y se crean nuevos para la población preescolar y escolar, todos ellos sustentados con fondos de un impuesto a las planillas (Fondo de Asignaciones Familiares). Se rompen los topes salariales para la contribución a la Seguridad Social, se universaliza la seguridad social llegando a cubrir 78% de la población a finales de la década y se traspasan todos los hospitales del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). De esta forma se oficializa una división preventivo-curativa en el país: lo preventivo, las acciones de salud colectiva y de salud pública y la atención primaria a cargo del Ministerio de Salud y la atención individual y curativa bajo la responsabilidad de la Caja Costarricense del Seguro Social.

En esa época se extienden y fortalecen los servicios de saneamiento básico, vivienda, electrificación y penetración de caminos rurales. Como resultado, la mortalidad de todos los grupos de población, en especial la de edades menores, disminuyó con mayor rapidez que en cualquier otro periodo de la historia nacional.

Entre 1970 y 1980 la tasa de mortalidad infantil descendió de 61.5 a 19 por mil nacimientos. En 10 años se logró lo que a países más ricos significó 40 años de esfuerzos.

El último periodo de reformas del sector salud, se origina en la década de los 80 con la crisis de los precios del petróleo. El endeudamiento externo sobrepasó la capacidad de pago del país y el servicio de la deuda externa demandó más de 50% de las exportaciones. A partir de 1983 se inician las políticas de ajuste interno para satisfacer las demandas de un programa de balance de pagos y se inician los programas de ajuste estructural, así como los PAE I y II en los 80 y el PAE III a inicios de los 90, dirigido a profundizar las reformas en el sector público.

La reducción del gasto del Ministerio de Salud repercutió severamente en los programas de "atención primaria", que redujeron su personal y sus recursos, disminuyendo las coberturas y provocando desmotivación en sus trabajadores.⁷ Ante el impacto de la crisis, se buscaron nuevas estrategias para lograr una acción más eficaz y un uso más racional de los servicios. Se incrementó la coordinación entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social y se planteó la "integración de servicios" en el Sistema Nacional de Salud. Es la fase de la integración de servicios y el surgimiento de nuevos modelos de atención bajo el marco teórico de la atención integral.⁸

La CCSS inicia oficialmente acciones en la atención preventiva, asumiendo la atención de salud materno-infantil, vacunaciones, salud reproductiva, salud de adolescentes, tamizaje del cáncer de cervix, salud escolar, entre otras, financiando en forma progresiva los insumos necesarios para ofrecerlas en sus instalaciones y en las del Ministerio, que cada año veía recortados cada vez más sus ingresos a cargo del presupuesto del Gobierno Central.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud, como parte de la reforma de Estado se inicia oficialmente en 1992. "Buscó mejorar la capacidad operativa de las instituciones e introducir cambios profundos en el modelo de prestación de los servicios y en la conducción del sistema, partiendo de la división de funciones: un modelo de atención integral en salud, desarrollado en la Seguridad Social, cimentado en los principios de universalidad, solidaridad en el financiamiento, equidad en las prestaciones de salud y amplia participación de todas las fuerzas sociales y la rectoría del sector bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud".⁹

La reforma del modelo de atención partió de la readecuación de la oferta: conformación de áreas de salud que atendía poblaciones de 20 000 a 50 000 habitantes y dentro de ellas sectores de 4.000 a 5.000 habitantes atendidos por los Equipos Básicos de atención Integral en Salud (EBAIS), conformados por médicos generales, auxiliares de enfermería y los Asistentes

Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS). Este modelo asumió la experiencia exitosa que había tenido el país en la década de los 70 con los programas de extensión de cobertura del Ministerio de Salud.

El segundo pilar de la reforma fue la rectoría y el fortalecimiento del Ministerio de Salud, entendida ésta como “la máxima instancia política, normativa y reguladora, que orienta la producción social de la salud en la escala nacional, por medio de cuatro funciones estratégicas: la conducción, la regulación, la vigilancia de la salud y la investigación y el desarrollo tecnológico”.¹⁰

LA REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La función estratégica de regulación, en el campo específico de los servicios de salud, se plantea a mediados de los 90 con un enfoque técnico sistémico de evaluación de estructura, procesos y resultados.¹¹

Se plantean tres abordajes metodológicos:

- La acreditación, dirigida a garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención; comprende estándares de estructura, procesos y resultados. De carácter voluntario, comprende la autoevaluación y la posterior verificación externa por personal estandarizado en evaluación del nivel central del Ministerio.
- La evaluación de servicios y sistemas de salud, con estándares de estructura, procesos y resultados en la red de servicios, por medio de eventos centinela, como son la mortalidad infantil y la mortalidad materna. El uso de entidades trazadoras con patologías de interés para la salud colectiva (hipertensión, diabetes mellitus), o programas de tamizaje (cáncer de cervix) o programas de tipo preventivo (control prenatal, atención integral al menor de 2 años) y la evaluación de la atención integral en el nivel I. Se ejecuta en forma desconcentrada en el nivel local y en forma participativa con el personal prestador de los servicios de salud.
- La habilitación como proceso obligatorio, de responsabilidad estatal, dirigido a garantizar un piso básico estructural en los servicios de salud y afines, con el objetivo de disminuir riesgos en la atención a las personas usuarias. Clasifica los establecimientos por nivel de riesgo, se ejecuta en forma desconcentrada por los niveles locales, bajo un esquema normalizado de estándares e instrumentos desarrollados por el nivel central.

LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La acreditación comienza a plantearse en el Ministerio de Salud, como propuesta metodológica de garantía de la calidad a partir de 1994, a nivel hospitalario, a instancias de la OPS, como lo fue también en la mayoría de los países de América Latina en esa época.

En 1995 con la asesoría de la Secretaría de Salud de Cataluña y OPS/OMS, se inicia la conformación de 22 comisiones interdisciplinarias e intrasistémicas, que con el patrón desarrollado en Cataluña, iniciaron la selección de estándares mínimos de piso básico, de tipo estructural, para servicios finales de ginecología y obstetricia y para los servicios intermedios y de apoyo de hospitales generales.

La acreditación se inició en los servicios de maternidad, considerando que los mismos concentraban 30% de los egresos hospitalarios y que los resultados de la evaluación serían indicativos de la calidad de atención de todo el hospital.

Luego de tres años de trabajo, en la selección y validación de los estándares y procedimientos, se inició en 1998 el proceso de acreditación. En forma simultánea se organizó el trabajo para el desarrollo y validación de estándares de servicios finales de medicina interna, cirugía general, pediatría y neonatología, y en 1999 se inició el proceso de evaluación de hospitales generales.

De 1998 al año 2002 se realizaron tres rondas completas de evaluación de 24 hospitales generales públicos y cuatro privados existentes en todo el país. En el año 2004, se certifica el primer hospital general de tipo privado.

La norma nacional de acreditación de hospitales se estructura en estándares para los diferentes servicios finales, intermedios y de apoyo de hospitales generales. La evaluación comprende estándares en ocho áreas: planta física, recursos humanos, recursos materiales, gestión, mejoramiento de la calidad, documentación, manejo de la información y educación a los usuarios internos y externos del servicio.

Los resultados señalaron importantes deficiencias en el cumplimiento de los estándares, tal y como se señala en los gráficos de los primeros resultados por áreas, que según tipo de hospital (nacionales, regionales y periféricos) se muestran en la figura 1.

La crisis de los años 80 y 90, los recortes del gasto y de la inversión social, cobraron su precio en la infraestructura hospitalaria, especialmente en planta física y en la dotación de recursos humanos, con evidentes desventajas para los hospitales de tipo periférico, ubicados en las zonas más rurales y alejadas del país.

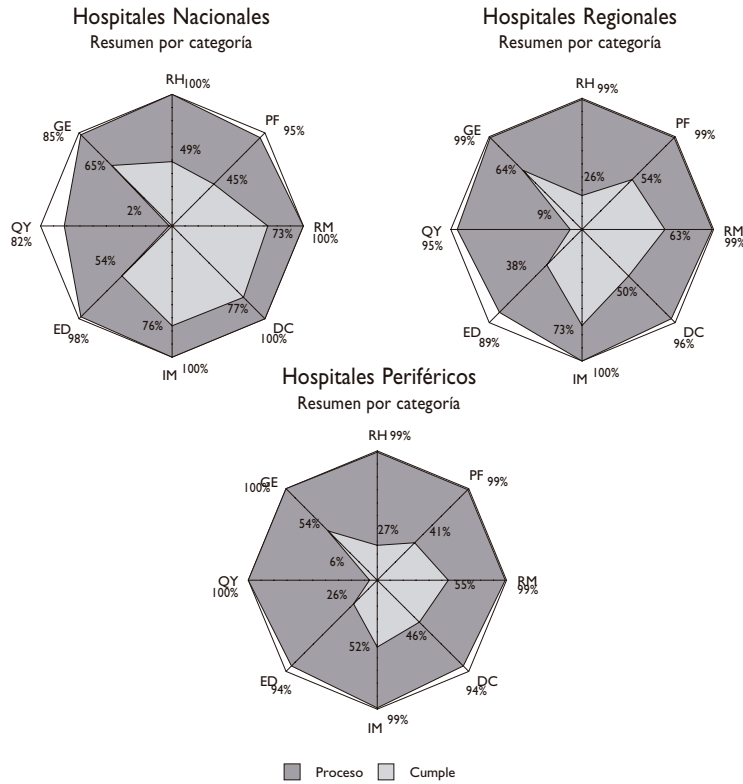


Figura 1. Cumplimiento en los estándares por tipo de hospital

Al comparar los resultados de dos evaluaciones de hospitales generales y aplicar la prueba estadística de diferencia de proporciones, se encuentra que, en promedio, hay diferencias estadísticamente significativas que indican mejoría en el cumplimiento de los estándares. Al analizar por tipo de hospital, la mejora se centra exclusivamente en los hospitales más pequeños, que mejoraron en 6% el cumplimiento de los estándares (cuadro I).

Los resultados de las tres evaluaciones a los hospitales públicos, centradas en los servicios finales de obstetricia y atención de recién nacidos, y en todos los servicios intermedios y de apoyo, a finales del año 2002, demuestran también que los hospitales de tipo periférico fueron los más beneficiados en este proceso (cuadro II).

Cuadro I
Resultados de la acreditación de Hospitales Públicos por tipo de hospital, 1999-2001

	p1	p2	z	Contraste	Conclusión
Hospitales Públicos	0,56824361	0,59873016	-3,52565374	Acepta H1	Si hay mejoramiento
Hospitales Nacionales	0,67961165	0,67057101	0,46753979	Mantiene H0	No hubo cambio significativo
Hospitales Regionales	0,57967529	0,59122807	-0,72743252	Mantiene H0	No hubo cambio significativo
Hospitales Periféricos	0,52089235	0,57956964	-4,85973768	Acepta H1	Si hay mejoramiento

Hipótesis nula $H_0: p_1 = p_2$ ==> No hubo cambio entre visitas

Hipótesis alternativa $H_1: p_1 < p_2$ ==> La proporción de cumplimiento es mayor en la segunda visita

Nivel de significancia $\alpha = 0,025$ ==> $z_\alpha = 1,96$

Fuente: DSS,MS

Cuadro II
Resultados de la Evaluación de Obstetricia y Atención al Recién nacido, 1998-2002

Tipo de Hospital	I Evaluación	II Evaluación	III Evaluación	Cambio I-III
	%	%	%	
Promedio	59,4	61,1	60,6	1,2
Hospitales Nacionales-Maternidades	79,2	71,7	79,2	0
Hospitales Regionales-Maternidades	59,2	69,2	62,15	2,95
Hospitales Periféricos-Maternidades	43,6	54,4	56,5	12,9

Fuente: Unidad de Acreditación, Dirección Servicios de Salud, Ministerio de Salud

La acreditación favoreció a los hospitales generales de tipo periférico. Les ofreció argumentos a sus directores para realizar algunas mejoras en recursos humanos, equipo y, en algunos de ellos, en planta física; pero, sustancialmente, mejoraron en los procesos de manejo de la información, gestión, educación y mejoramiento de la calidad, apoyados además en la implementación de los compromisos de gestión que se desarrollaron en la Seguridad Social a partir de 1997 (cuadro III).

Los resultados comparativos por tipo de servicio evaluado señalan que los mayores incrementos promedio (mayores de 10%) se localizan en el servicio final de emergencias, en los intermedios de enfermería y farmacia y en las actividades de mejoramiento de la calidad y control de infecciones intrahospitalarias (cuadro IV).

Cuadro III
Comparación de resultados de la acreditación de hospitales públicos
por tipo de área evaluada, 1998-2002

Area	I Evaluación %	III Evaluación %	Cambio absoluto	Cambio %
R. Humanos	63	68,1	5,1	8,1
Planta Física	40	61,4	21,4	53,5
R. Materiales	51	55,9	4,9	9,6
Documentación	48	58,7	10,7	22,3
Manejo Información	67	86,3	19,3	28,8
Gestión	51	66,2	15,2	29,8
Educación	41	61,5	20,5	50,0
Calidad	19	39,7	20,7	108,9

Fuente: U. Acreditación, DSS, MS

Cuadro IV
Comparación de resultados de dos evaluaciones en hospitales públicos
por tipo de área evaluada, 1998-2002

Servicio	I Evaluación Cumplimiento	III Evaluación Cumplimiento	Incremento
Obst. y Atención al RN	59,4	60,6	1,2
Cirugía	41,1	50,2	9,1
Medicina	39,6	48,3	8,7
Ginecología	41,5	50,8	9,3
Pediatría	56	56,1	0,1
Emergencias	62,8	78	15,2
Anestesiología	59	69,5	10,5
Farmacia	64,4	77,2	12,8
Enfermería	64,1	85	20,9
Dx por Imágenes	59,7	65,3	5,6
Laboratorio Clínico	71,1	73,1	2
Esterilización	76,8	84,8	8
Nutrición	49,9	47	-2,9
T. Social	79,4	88,4	9
Infecciones Intrahosp.	45,4	65,8	20,4
Dirección	83,3	92,4	9,1
Administración	70,9	77,4	6,5
REMES	66,3	74,4	8,1
Calidad	25,9	41,3	15,4
Seg. E Higiene Laboral	23,3	27,6	4,3
Lavandería-Ropería	61,1	64,9	3,8
Doc. Edilicia	25,6	20,7	-4,9
Total	56,8	61,1	4,3

Fuente: Unidad de Acreditación, Dirección de Servicios de Salud. Ministerio de Salud. 2001

Nota: Registros médicos y de salud (REMES)

La acreditación de hospitales en un sistema público y universal como el costarricense ha permitido mejorar más aquellos servicios, como es el caso de hospitales periféricos, más pequeños, ubicados en zonas rurales y prestando servicios a poblaciones con mayores niveles de pobreza que el promedio nacional. Pero también señala que las limitaciones más importantes para el avance se encuentran en los hospitales de mayor complejidad de tipo nacional y regional, con mayor impacto en la producción total de servicios de salud del país, y que incluso en los establecimientos más pequeños se han logrado mejoras en la calidad de atención, en aquellas actividades con menores exigencias de inversión y con poco impacto en los servicios finales, lo cual obliga a replantear los procesos.

La habilitación de servicios de salud: ¿Por qué se inicia la acreditación de hospitales públicos desde 1998 hasta el 2002 y ahora estamos planteando primero su habilitación?

En el año 2000, se inicia en la Dirección de Servicios de Salud la habilitación como proceso obligatorio para la autorización de inicio de operaciones y con renovación obligatoria cada cinco años. Comienzan las actividades de habilitación con gran demanda y presión del sector privado y se detectan graves deficiencias en los servicios de salud.

Existía una grave desregulación de la atención en salud, que nos obliga, en forma acelerada, a constituir comisiones técnicas interdisciplinarias e interinstitucionales para elaborar la normativa respectiva. A la fecha, se han elaborado 27 normas de habilitación para diferentes tipos de establecimientos de salud, con sus instrumentos respectivos de inspección e informes, publicados como reglamentos en el Diario Oficial La Gaceta.

En el año 2002 se inicia el proceso de habilitación de hospitales generales públicos y privados. Se han evaluado 28 hospitales públicos y cinco privados. Los resultados de las inspecciones para las habilitaciones de hospitales públicos generales, realizadas en el año 2004, nos demuestran que la situación de deficiencias en la planta física de estos establecimientos no ha variado y en algunos casos se ha agravado.

La habilitación, como requisito obligatorio, le permite al Ministerio de Salud dar órdenes sanitarias a aquellos establecimientos que por incumplimiento de los estándares estructurales de planta física, recursos humanos, recursos materiales y equipos, así como en la documentación, gestión y manejo de la información, ponen en peligro potencial la salud de sus usuarios, lo que nos permite exigir la elaboración de planes de intervención e inversión, con el objetivo de mejorar sus condiciones con plazos diferenciados según la gravedad del problema e impacto financiero en el servicio o sistema.

Cuadro V
Evaluación de planta física, habilitación de hospitales, Costa Rica, 2004

	196	253	53	100	80	102	109	33	27	40
Inconformidades	Tony Facio	Monseñor Sanabria	Max Terán valis	Carlos Valverde Vega	De Ciudad Neilly	De La Anexión	De La Mujer	De San Vito	De Upala	Tomás Casas
1 Planos constructivos no existen o no se actualizan										
2 Estructuras primarias y cerramientos en mal estado general										
3 Descuido de normas de salud, seguridad e higiene del trabajo										
4 Déficit físico-funcional en desechos sólidos, líquidos y gaseoso										
5 Diseño obsoleto, localización inadecuada, antigua o patrimonial										
6 Alto deterioro de las superficies y déficit en mantenimiento										
7 Sobre cobertura en terreno y déficit de parqueo y áreas verdes										
8 Rampas de acceso público y servicio con pendiente excesiva										
9 Anchos de puerta inferior a la dimensión de equipo y silla de ruedas										
10 Incumplimiento en la amplitud de giros de sillas, camillas y equipos										
11 Pisos en mal estado, resbalosos o con gradas aisladas										
12 Exceso de barreras, equipos y mobiliario en desplazamientos										
13 Déficit de uso de llavines, grifos y comandos para discapacitados										
14 Sanitarios incumplen dimensiones y funcionalidad de la ley 7600										
15 Instalaciones sanitarias con bajo mantenimiento insuficientes										
16 Instalaciones hidráulicas corroidas o disfuncionales										
17 Instalaciones eléctricas incumplimiento el Código Eléctrico										
18 Cruces de flujos vehiculares, peatonales de insumos y desechos										
19 Deficiencia de rotulación de áreas y de instrucciones al usuario										
20 Insuficiencia de salidas de emergencia o se hallan bloqueadas										
21 Uso de materiales con bajo coeficiente retardatorio al fuego										
22 Alarmas y sistemas contra incendios inexistentes o faltantes										
23 Sanitarios públicos y de personal en cantidad y calidad deficiente										
24 Problemas de ventilación e iluminación natural/artificial de áreas										
25 Areas de encamados y distancias entre camas incumplen normas										
26 Acabados inertes de salas de procedimientos inadecuados										
27 Acabados inertes de salas de procedimientos inadecuados										
28 Ausencia generalizada de agarraderas y protectores de tránsito										
29 Pasillos y circulaciones de anchura inferior a la norma mínima										
30 Mala distribución física de procesos de inocuidad alimentarias										
31 Alto deterioro en áreas de producción y almacén nutricional										
32 Ascensores, escaleras y ductos de servicio sub-dimensionados										
33 Centros de acopio de desechos sólidos deficientes										
34 Mobiliario inadecuado, insuficiente y en mal estado										

Nota: Las áreas sombreadas no cumplen el estándar

Fuente: Unidad de Habilitación, Dirección Servicios de Salud, Ministerio de Salud

LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SUS RELACIONES CON EL CONTEXTO

Los resultados obtenidos en este proceso no son independientes del contexto económico y social que atraviesa el país. Al analizar la inversión social y en salud en los últimos 20 años, se revelan tres puntos de importancia, según el Informe Estado de la Nación del año 2002:

1. Se manifiesta una baja inversión con solo 5% del gasto asignado a gastos de capital y un poco más de la mitad a salarios.
2. El sector salud de 1980 al 2002 pierde 4.7 puntos en la participación del gasto social y el gasto social crece 4 puntos en pensiones.
3. En salud y educación la inversión social no garantiza la reposición de infraestructura.

En el periodo comprendido entre 1991 y el año 2001, el país presenta un incremento del PIB en salud de 6.9 a 7.6%. Sin embargo, de este incremento solamente un 0.1 punto se localiza en el sector público, mientras que en el sector privado este aumento es de 0.6 puntos, al pasar de 1,6 a un 2,2%.

Al analizar la importancia relativa de las funciones de atención y la naturaleza pública o privada del proveedor, se observa que el gasto en salud de tipo privado (30%) se concentra en servicios de tipo ambulatorio con un 14,4%, mientras que los servicios de hospitalización son eminentemente públicos, con sólo 2% de estas funciones ofrecidas por proveedores privados.

La situación descrita requiere una intervención de emergencia: servicios hospitalarios públicos, con infraestructura deteriorada, con una creciente presión por sus servicios por parte de una población con una expectativa de vida de 80 años para mujeres y de 76 años para los hombres, con un perfil epidemiológico de mortalidad concentrado en enfermedades crónicas, cáncer y causas externas y violencia, además de que la proporción de partos hospitalarios que se atiende en hospitales públicos es de 95%, con una mortalidad infantil de 9.25 en el año 2004, centrada en problemas perinatales y en malformaciones congénitas.

La información elaborada, por una empresa consultora (SANIGEST) contratada por el Banco Mundial para dar un informe de los resultados de la reforma en la CCSS, muestra que la producción hospitalaria ha mejorado notablemente, pasando de 290 000 a 340 000 egresos hospitalarios por año y que el gasto de la Seguridad Social, como porcentaje del PIB, se ha mantenido relativamente constante (4.5 a 4.8) en el periodo comprendido entre 1990 y 2002, como puede observarse en la figura 2.¹²

Impacto de las Reformas

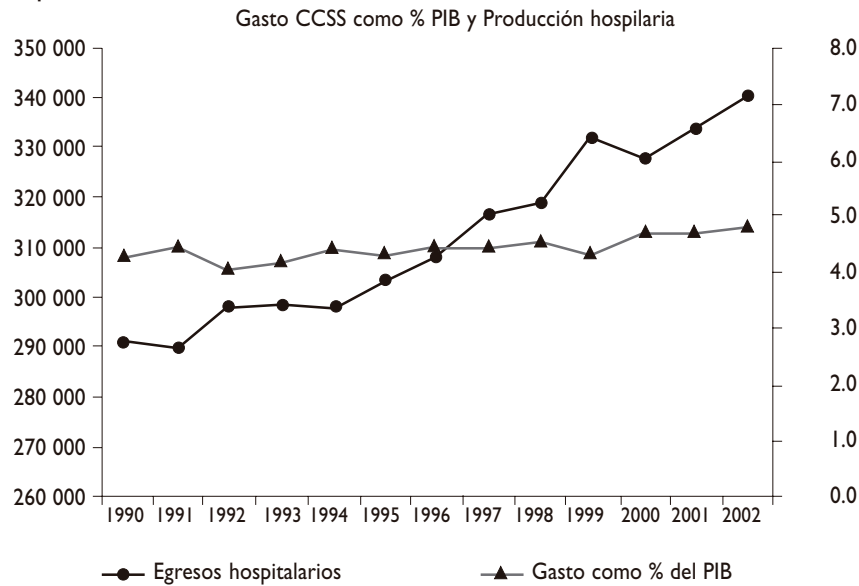


Figura 2. Gasto en salud como porcentaje del PIB y producción hospitalaria

La acreditación y evaluación de servicios y sus relaciones con el diseño del proceso de reforma

En el año 2002, en una encuesta a actores claves del sector salud, diez años después de iniciada la reforma, la ministra de Salud, doctora María del Rocío Sáenz Madrigal expresa:

El principal reto que enfrenta el Ministerio de Salud es recuperar la función de Estado que le corresponde, para lo cual deben reorientarse las funciones y tareas que se han venido ejecutando e incluir otras, como: el control del financiamiento en salud; el control del recurso humano en salud; la mejor inserción en los determinantes sociales de la salud; el desarrollo y puesta en operación de un sistema nacional de información en salud, que supere el concepto de un sistema de información de enfermedades” y afirma “el insuficiente impacto que ha tenido el Ministerio de Salud en el ejercicio de la rectoría se debe a que la actual reforma del sector salud partió de varios supuestos entre ellos: a) La reforma del sector salud era sinónimo de la atención individualizada de las personas en los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. b)

La problemática ambiental podía esperar. c) Los servicios de salud podían autorregularse. d) La rectoría no ocupaba recursos de ningún tipo.¹³

Actualmente, la reforma del sector salud en Costa Rica presenta las mismas debilidades del diseño inicial. El financiamiento del sistema de salud es ejercido por instituciones autónomas definidas en la Constitución de la República, y citando un informe de la Asesoría Jurídica del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, con respecto a una propuesta de cambio del financiamiento y acceso a los diferentes niveles de atención del sistema de salud, la doctora Sáenz Madrigal advierte:

Lamentablemente, la división de funciones entre rectoría y prestación tampoco ha sido un éxito, porque quienes la implementaron aquí obviaron que los ingleses (iniciadores teóricos y prácticos del principio) separaron también financiamiento y prestación. El Estado no solo seguiría siendo el rector sino también el financiador de las prestaciones sanitarias. El poder de un ente rector no sólo está en la titularidad de potestades públicas normativamente atribuidas, sino también en la posesión de recursos, que le sirven para estimular o desestimular la conducta de los entes prestadores (sean públicos o privados) para lograr de ellos el cumplimiento de sus directivas, indicadores de calidad, régimen de certificación, etc. Sin esos recursos, el órgano encargado de rectoría, el Ministerio de Salud en Costa Rica, tiene poco más que un poder negociador (eso si el Ministro es influyente), un mero recomendador al que la Caja atiende cuando le conviene y a la velocidad que le conviene.¹⁴

Por otra parte, es necesario mencionar que la universalización de la seguridad social, según artículo 177 de la Constitución Política (CP) es responsabilidad del Estado y éste debe contribuir al financiamiento en salud en los montos que determine la institución prestadora, la CCSS. Los servicios que deben prestarse de manera universal son los que ofrece el seguro de salud y éstos los debe prestar la Caja Costarricense de Seguro Social (art. 177 CP). Sin embargo, existe una deuda del Estado con respecto al financiamiento de la población sin capacidad contributiva y, además, existe oportunismo de aquellos que, aun teniendo capacidad de pago, utilizan los servicios de salud sin contribuir a su financiamiento como deberían. Con estas reglas del juego, el Ministerio de Salud es un espectador sin voz ni voto.

El rediseño de los procesos

La situación descrita nos ha obligado a variar la estrategia, con una redefinición de las condiciones en las cuales se regula la provisión de servicios:

1. **Habilitación:** obligatoria a servicios públicos y privados. Negociación de planes de inversión para corrección de principales debilidades, con resultados muy positivos en el sector privado y progresivos en el público.
2. **Replanteamiento de la acreditación:** centrada en el usuario, énfasis en procesos y resultados. Incorporación de perspectiva de seguridad del usuario en coordinación con el Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
3. **Participación activa** de los profesionales de los servicios de salud en el rediseño del sistema de acreditación, lo cual se espera sea un factor de cambio en la actitud hacia la evaluación.
4. **Acreditación obligatoria** para algunos tipos de establecimientos que reciben financiamiento público (actualmente en proceso de negociación con la principal institución prestadora de servicios).

CONCLUSIONES

El análisis descrito de manera sucinta ha permitido al Ministerio de Salud llegar a conclusiones que son el marco para la búsqueda de mayor efectividad y eficiencia en el modelo de acreditación existente en el país. Estas conclusiones son las siguientes:

- El énfasis de los procesos de reforma en los servicios de salud se ha centrado casi exclusivamente en la eficiencia en el uso de los recursos, al menos en el ámbito hospitalario.
- La evaluación de la calidad de atención exige la consideración de aspectos estructurales en forma conjunta con estándares de procesos y resultados.
- El personal de salud se desmotiva con evaluaciones que centran los resultados en su exclusiva responsabilidad, sin tomar en cuenta los insumos necesarios para desarrollar los procesos. Pero, el menor énfasis o la ausencia de estándares de proceso y resultado en la acreditación desmotiva también al personal profesional clínico, cuya principal interés se centra en los procesos de atención que, además, inciden directamente en el interés de las personas usuarias.
- La acreditación centrada en estándares mínimos de tipo estructural no es suficiente para generar procesos de mejora de la atención.
- La acreditación, para ser efectiva, debe incorporar activamente a los prestatarios, desde el diseño de los estándares, en la capacitación para la aplicación de los mismos en los procesos de autoevaluación y en el diseño de todo el sistema organizativo para la acreditación de servicios de salud.

- La evaluación de calidad, especialmente en países de escasos recursos, debe tomar en cuenta aspectos fundamentales de la equidad y calidad de atención: observando los resultados en relación con las condiciones del servicio, según áreas geográficas y por condiciones de vida de la población atendida.
- Es posible generar procesos de cambio y mejora en la atención en salud, utilizando diversos abordajes metodológicos, que en su conjunto permitan evaluar la calidad de atención en espacios-geográfico-pobla-cionales, relacionando los procesos de atención con las condiciones de vida y salud de las poblaciones beneficiarias.
- El rol de los Ministerios de Salud en la conducción de procesos de evaluación de la calidad de atención es vital para el logro de la equidad en la calidad a la escala de un país. Los procesos de acreditación por sí solos son más fácilmente alcanzados por servicios de salud privados, que disponen de recursos y que ven la acreditación como un medio para mejorar su competitividad en el mercado.
- En el caso, como el costarricense, donde los servicios públicos se prestan en forma casi absoluta por otra institución pública, como es la CCSS se obliga a contar con el apoyo del más alto nivel político para asegurar que sus recomendaciones sean efectivas. Esto obliga a elaborar planes de intervención negociados en todos los niveles de gestión y consensuados entre las instituciones involucradas.
- La acreditación exige que los establecimientos participantes dispongan de recursos, con el objetivo de corregir los problemas detectados. Las debilidades en el poder de decisión de los mismos para asignar los recursos necesarios para corregir esos problemas es un factor de desmotivación en el proceso.
- Es de vital importancia incluir en los procesos de evaluación de la calidad de atención, la perspectiva de las personas usuarias y de la población potencialmente beneficiaria del servicio. Esto obliga a definir claramente estándares relacionados de estructura, proceso y resultado, que sean comprensibles para la población beneficiaria.
- La comprensión, por parte de los prestarios y usuarios, de que la calidad de atención es un producto de las características de la organización de los servicios, más que de las particularidades del prestador individual, puede generar procesos de cambio cognitivos y de actitud, que favorezcan la resolución de conflictos en las actividades de atención a la salud.
- La participación activa de la población en la evaluación de calidad, en un sistema público como el costarricense, se constituye en la piedra

filosofal del cambio y presenta mayores oportunidades para la democratización del sistema en su avance hacia la equidad y la calidad de atención para toda la población.

- La acreditación, como actividad voluntaria, se ha planteado como una organización independiente de la acción estatal. Sin embargo, los costos de este proceso difícilmente pueden ser asumidos por los establecimientos públicos, por lo menos a mediano plazo, lo que plantea la intervención del Estado para favorecer su desarrollo y apoyar el crecimiento de una cultura de calidad en ellos y en la población.
- Por tanto, la división de funciones, al menos entre prestadores y el ejercicio de la función reguladora ejercida por el Ministerio de Salud, se considera indispensable para mejorar la independencia de criterio entre evaluados y evaluadores.
- Finalmente, la acción reguladora del Estado, incluso en el caso de que las actividades de acreditación se ubiquen fuera del ámbito estatal, debe definir con claridad las reglas del juego, asegurando la transparencia del proceso.

Referencias

1. Sáenz G. Rodrigo. Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina. En: Construcción de la Seguridad Social, Cáp. IV, ED EUNED, San José, Costa Rica, 2004.
2. Salas, Rodrigo; R. Meneses y M. de los A. Gómez. Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud Pública en Costa Rica. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972.
3. Rosenberg Mark. Las luchas por el seguro social en Costa Rica. ED. Costa Rica, San José, Costa Rica, 1980.
4. Sáenz Lenín. Administración de Servicios de Salud. ED. UNED, San José, Costa Rica, segunda edición, 1988.
5. Salas, Rodrigo; R. Meneses y M. de los A. Gómez. Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud Pública en Costa Rica. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1972.
6. Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. Plan Nacional de Salud 1974-1980. San José, Costa Rica, 1975.
7. Sáenz María del Rocío y López, M. E. El Ministerio de Salud hoy: Los retos para el logro de SPT en el siglo XXI. En: Atención Primaria de Salud en Costa Rica: 25 años después de Alma Ata. OPS, San José, Costa Rica, 2005.
8. Miranda G Guido. La Seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. 2ªed. ED. EDNASSS, CCSS, San José Costa Rica, 1994.

9. Ministerio de Salud. Memoria Institucional 1994. Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1995.
10. Opus citae.
11. Ministerio de Salud. Proyecto de Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de Salud. Comisión de Regulación. Función de Regulación del Desarrollo de la Salud. Programa Nacional de Acreditación y Garantía de Calidad, Ministerio de Salud, San José Costa Rica, Junio 1995.
12. SANIGEST. Evaluación de la Reforma en la Seguridad Social. San José, Costa Rica, 2003.
13. García Rossana y Víquez, Yeli. Entrevista a la Ministra de Salud de Costa Rica. San José, Costa Rica, 14 de noviembre de 2002.
14. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Informe de la Asesoría Jurídica sobre Agenda Estratégica de la CCSS 2004-2006, Colegio de Enfermeras de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2005.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DEL SECTOR

NORMA ORJUELA DE DEEB

ANTECEDENTES

El Sistema de Garantía de la Calidad en Salud para Colombia, proyecto prioritario para el país y para el sector, fue ejecutado por el consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed, SA de CV, como resultado del concurso internacional de méritos 06 de 1999, llevado a cabo por el Ministerio de Salud con cofinanciación del BID (Banco Interamericano de Desarrollo) en 1999.

El Centro de Gestión Hospitalaria es un centro de conocimiento que fomenta y lidera el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población e impulsar el desarrollo del país.

El sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud está constituido por cuatro componentes:

- La revisión y ajuste del Sistema de Habilitación (antes llamado requisitos esenciales y que ya funcionaba en el país) para prestadores de servicios de salud (IPS) y promotoras de salud (EPS y similares), importante instrumento que defiende al usuario, garantizándole protección contra los principales riesgos propios de la prestación de los servicios de salud.
- El Sistema Único de Acreditación (SUA). Éste promueve la adquisición y mantenimiento de altos estándares de calidad en las instituciones.
- El Sistema de Información para la Calidad, el cual fundamenta, facilita y promueve la libre elección.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, que estimula y orienta la autorregulación con miras al mejoramiento.
- El Sistema de Incentivos para promover calidad en el país

Para darle un contexto al diseño del Sistema Único de Acreditación Colombiano, es importante explicar brevemente como se llevó a cabo su dise-

ño. El diseño del sistema Único de Acreditación para prestadores de servicios de salud y el de entidades promotoras y similares siguieron un proceso similar que tuvo tres fases: 1) Planeación. 2) Diseño. 3) Implementación.

Fase de planeación

En la fase de planeación se hicieron tres actividades: revisión nacional, revisión internacional y un estudio de mercadeo.

a) Revisión nacional

La revisión mostró que en el país se hizo un acercamiento a la acreditación entre los años 1997 y 1998, promovida por algunas instituciones particulares, las cuales desarrollaron un manual de estándares basados en el manual de estándares que promovía la OPS. Este manual fue presentado al ministerio de salud, que apoyó en un principio esta idea y facilitó la prueba de estos estándares en algunas instituciones públicas. Es importante decir que este proceso careció desde el principio de lineamientos claros, de una estructura sólida y de voluntad política que le permitieran madurar en el tiempo, motivo por el cual murió al poco tiempo como proceso de acreditación. Sin embargo, posteriormente, estos estándares fueron la base para el sistema de Requisitos Esenciales, hoy llamado Sistema de Habilitación (requerimientos básicos).

b) Revisión internacional

En la revisión internacional se seleccionaron variables para la investigación, tomando como base las sugerencias de ISQua* para los procesos de acreditación a nivel internacional. El resultado de esta revisión fue el referente para el diseño del SUA nacional.

Las preguntas del cuestionario se agruparon en 9 grandes secciones de discusión, a saber: generalidades (lineamientos y marco filosófico), definición de acreditación, junta de acreditación, estructura organizacional, estándares, evaluadores, ruta crítica de la acreditación, autoevaluación de las organizaciones y visita de acreditación.

* The International Society for Quality in Health Care. International Standards and Accreditation for Health Care. Feasibility Paper - Final. diciembre de 1997.

Los países documentados dentro de la revisión fueron: Canadá, Estados Unidos, México, Argentina, Chile, Brasil, Francia, España, Holanda, Suecia, Nueva Zelanda, Tailandia y Japón.

Principales enseñanzas de la revisión bibliográfica internacional

La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) y el Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) son las organizaciones con mayor trayectoria y madurez en el proceso de acreditación de instituciones de salud en el mundo, actividades que se iniciaron formalmente desde los años 50 (aunque desde la década de 1910 se venían adelantando experiencias frente al tema).

Observamos como, a través del tiempo, los estándares para acreditar a los prestadores de servicios de salud sufrieron profundos cambios como resultado de numerosos años de estudio, de trabajo y de la experiencia recogida en este proceso. Parte de esa experticia se debió a que Estados Unidos y Canadá se vieron enfrentados al arraigo y penetración del movimiento de la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo visiblemente presente en el mundo de los negocios y la industria que, aunado a que el sistema de salud de los Estados Unidos se enfrentaba al rápido e incontenible incremento de sus costos, por lo que tuvo la necesidad de adoptar rápidamente estos métodos muy especialmente en los sistemas de acreditación, reflejo del cambio en el entorno de la salud. Es por ello también que los estándares han dejado de evaluar la estructura de los diferentes departamentos y servicios para convertirse en estándares funcionales (de proceso y resultado) que evalúan en forma integral las instituciones teniendo siempre como referente *el mejoramiento continuo de la atención y del servicio, centrados en el cliente*.

Cada país amolda a un juicio de valores sociales y del sistema de salud la definición más conveniente de acreditación. Sin embargo, hay elementos que fueron comunes para todos, a saber:

- Definir las bases conceptuales y filosóficas de un proceso formal de acreditación es la etapa más crítica y base del modelo.
- La acreditación tiene implícito un fin, el cual generalmente conlleva a un mejoramiento de la calidad de la atención a los usuarios.
- El proceso *per se* es un sistema formal, lo cual implica que tiene reglas de juego claras por parte de todos los actores, que reconocen niveles de autoridad dentro del sistema mismo y aceptan las decisiones adoptadas. Está basado en un sistema claro de aplicación y medición de nor-

mas, que incluye los estándares, sin ningún tipo de excepción para un participante específico.

- La Junta de Acreditación, o como quiera que esta se denomine en cada país, es un actor fundamental, reconocido como el máximo ente rector de todo el proceso y con autoridad moral y técnica para realizar un juicio de valor frente al nivel de acreditación por otorgar a cada institución.
- En general, es un proceso voluntario, obviamente se exceptúan de esta generalidad a aquellos modelos donde la acreditación está regulada por el Estado como un proceso de obligatorio cumplimiento para las organizaciones.
- Los estándares juegan un papel determinante, ya que son el punto de referencia para realizar la evaluación del desempeño de las organizaciones. Estos estándares deben ser conocidos y reconocidos como válidos y alcanzables dentro de las organizaciones, previo al desarrollo de la evaluación.
- Filosofía sobre la cual está fundamentado el proceso de acreditación. Los sistemas de acreditación tienen, en la gran mayoría de los modelos investigados, una gran tendencia a basarse en la filosofía del Mejoramiento Continuo de la Calidad. Este nombre puede variar ligeramente entre los países pero su concepto de fondo permanece intacto, los nombres adoptados son Mejoramiento de la Calidad o Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Misión, Visión y Valores de la Acreditación. Esta fue una de las preguntas más constantes en la uniformidad de las respuestas donde la acreditación se orienta hacia la mejoría de los procesos de atención prestados a los usuarios por la organización de salud.
- Estándares. El tema de los estándares está fuertemente ligado al tema de la filosofía y es un paso fundamental, en la estructuración del modelo de acreditación en un país. Si bien aparecen mezclas, todos sin excepción tienden al mejoramiento de los procesos involucrados. Los enfoques hacia resultados son un enfoque nada fácil de abordar y sólo se llega a él después de muchos años de experiencia en el tema y con un sistema de salud maduro en términos de gerencia clínica de las instituciones de salud.
- Periodicidad de la acreditación. Tal y como se menciona en varias definiciones, la acreditación es un proceso periódico en el tiempo, que parte de una base de trabajo en las organizaciones acreditadas. Las acreditaciones en la mayoría de los países son cada tres años.

Estudio de mercadeo

El propósito del estudio fue conocer los contenidos vinculados al concepto de acreditación entre las instituciones de salud para implementar el sistema. Estas variables fueron: si había interés en el país por la acreditación; determinar la intención de compra del producto de acreditación; cuánto estarían dispuestos a pagar y cuál podría ser la entidad acreditadora. El grupo objetivo fueron 183 entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia de segundo y tercer nivel de complejidad, del sector estatal o privadas, o del primer nivel los suficientemente grandes (en volumen de personas atendidas) para presentar interés en un producto como la acreditación.

Los resultados mostraron que existe en el sector salud una conciencia de calidad manifiesta en 96.7% de los investigados; algunos de ellos aspiran a premios y a reconocimientos. Pero lo más importante es que casi todos verbalizaron que sus entidades mejoran para resultar más competitivas. Un 50% de los investigados estarían interesados en la participación a mediano y largo plazo y piensan que es una manera de refrendar lo realizado, de hacerlo evidente frente a las comunidades.

La investigación también mostró que existía una intención real de compra en al menos 29% de las entidades, especialmente las privadas, y estarían dispuestos a pagar entre 10 000 y 50 000 dólares.

En cuanto a la institución que podría ser el ente acreditador, 45% de los participantes señalaron al Centro de Gestión Hospitalaria, 12% al Icontec (entidad nacional certificadora), y el resto dieron respuestas diluidas en relación con distintos entes de asesoría privados. El Centro de Gestión Hospitalaria no podía ser el ente acreditador por ser una institución asesora.

Con base en lo analizado en las revisiones nacional, internacional y el estudio de mercadeo, se pasó a la etapa 2 del proyecto: Diseño del Sistema Único de Acreditación.

a) Fase de diseño

Aprendimos que el proceso de acreditación en Colombia tenía todo un camino por recorrer y que le había faltado la mitad de la tarea cuando unos años antes, instituciones altruistas, habían tomado la iniciativa de arrancar este proceso en el país. Esto no implicaba que Colombia debía recorrer todos y cada uno de los pasos que han recorrido los países desarrollados en procesos similares.

Era importante analizar cuáles eran los pasos necesarios que debía recorrer el país para darle bases sólidas que le permitieran madurar en el tiem-

po. El primer paso y el más importante fue definir los fines que se perseguían con la acreditación, los lineamientos y bases conceptuales acordes con la madurez gerencial y el nivel de calidad existente en el país, los cuáles fueron la base para los estándares. El siguiente paso crítico fue definir el incentivo que guiaría este proceso, en nuestro caso el de prestigio ya comprobado a nivel internacional. Aquí también fue importante el liderazgo de los actores y la capacidad para poder definir claramente qué ventajas de carácter organizacional traería una acreditación.

Finalmente el Sistema Único de Acreditación Colombiano quedó organizado así:

- Está basado en *el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario*, base conceptual y filosofía que lo soportan.
- Es un incentivo de prestigio para el sector salud y la comunidad.
- Es un sistema de autoevaluación y evaluación externa, con base en estándares exigentes pero alcanzables, con validez de tres años.
- Es un proceso voluntario que tiene reglas de juego claras, conocidas con antelación por todos los interesados.
- Cuenta con un grupo de estándares enfocados a procesos y resultados que evalúan la organización integralmente, así como con un sistema de calificación.
- Cuenta con ente acreditador (ICONTEC), escogido por el Ministerio de Salud a través de un concurso de méritos bajo un perfil muy exigente, y con una junta de acreditación conformada por profesionales de reconocida trayectoria en el país por su conocimiento en el tema de calidad y por sus características y valores personales.
- Cuenta con una legislación que lo sustenta: Decreto 2 309 del 2002 del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad y la resolución 1 474 con la definición de las funciones de entidad acreditadora y adopción de los manuales de estándares.
- La acreditación la realiza personal idóneo y entrenado para tal fin.

Misión

Mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos.

Visión

Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia.

b) Fase de implementación

La fase de implementación consistió en la selección de los evaluadores con base en el perfil para tal fin y su capacitación. Además se probaron los instrumentos desarrollados tanto para las instituciones como para los evaluadores, en una muestra de instituciones públicas y privadas de diferentes niveles de complejidad y en distintas regiones del país, ejercicio que culminó en el ajuste de los problemas encontrados y la presentación final de todos los productos al ministerio de salud.

CONCLUSIONES

Se presentaron muchos obstáculos, uno de ellos fue que se nombraron tres ministros de salud desde que empezó el proyecto y obviamente los contratiempos que se presentaron en tiempo para aprobar la legislación y seleccionar el ente acreditador.

Sin embargo, podemos decir que hoy tenemos un proceso sólido que está marchando, que el país está informado, la legislación existe y puja, un ente acreditador reconocido y que las organizaciones se están evaluando contra los estándares de acreditación. Las organizaciones de alta calidad ya tienen dentro de sus metas a corto plazo acreditarse, hay dos organizaciones de cuarto nivel acreditadas y cinco (una pública) están listas para la evaluación.

El Centro de Gestión Hospitalaria ha acompañado al ministerio de salud en sus acciones de información y capacitación en el país; transferido el conocimiento desarrollado al ente acreditador; y apoyado a las instituciones para hacer el diagnóstico de acuerdo con los estándares de Acreditación, formular los planes de acción con base en las brechas encontradas, seleccionar los problemas prioritarios y asesorarlas en su mejoramiento.

BRASIL, LA LIBRE ELECCIÓN ENTRE MODELOS

ANA MA. MALIK

EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

El sistema de salud brasileño pasó por cambios fundamentales desde la promulgación de su nueva Constitución, en 1988. Esta declara que la salud es un derecho de los ciudadanos, asocia salud a derechos sociales, y la vincula a políticas sociales y económicas, así como al acceso a las acciones y servicios destinados a la promoción, protección y recuperación de la salud. Quedó también establecido el Sistema Único de Salud (SUS), basado en algunos principios: descentralización, integración, regionalización, jerarquización y universalización de los servicios. El sistema debe ser administrado (*manager care*) por medio de un mandato único en el ámbito de gobierno y se somete al control social. Los principios que rigen el SUS son la universalidad, la equidad y la integralidad de la asistencia.¹

Para su implementación fueron delimitadas atribuciones por nivel de gobierno. En resumen, al gobierno federal compete el papel de formular y conducir la Política Nacional de Salud; a los estados, las funciones de gestión, control, coordinación y elaboración, además de la prestación de servicios de mayor complejidad y costo, de forma coordinada con los otros niveles. Finalmente, a los municipios corresponde planear, dirigir y coordinar el sistema de salud en su base territorial, así como ejecutar los servicios hacia la atención básica. Desde el establecimiento del SUS, en el artículo 30 de la Constitución, estaba previsto que la ejecución de los servicios de salud debería realizarse en el ámbito local o municipal. La base del modelo del SUS se encuentra en la separación entre la provisión de servicios y su financiamiento. En teoría, el suministro queda a cargo de los municipios y el financiamiento, de las tres esferas de gobierno.²

La reglamentación del SUS fue establecida al final de 1990, por medio de las leyes 8.080 y 8.142, las cuales establecen algunos de los principios operacionales del sistema, como el control social, la descentralización y la regionalización de la asistencia. A partir de ahí, entre 1990 y 2002, se definieron algunas normas operacionales básicas y normas operacionales de asistencia a

la salud, que se ocuparon de asuntos diversos, como el financiamiento de la asistencia médica y la definición de competencias en los niveles de gobierno, con lo que se sistematizó el movimiento por la descentralización iniciada en el ámbito del sistema y se reforzaron mecanismos de control social.

En el período entre 1990 y 1997 la municipalización de la atención básica superó las dificultades relativas a la localización de las ciudades: los municipios más aislados en la mancha urbana tuvieron capacidad para ofrecer servicios ambulatorios de salud. El alto grado en el consenso en cuanto a la agenda de reformas del sistema, los incentivos para la descentralización y el mayor número de garantías respecto al recibimiento de recursos contribuyeron para que el proceso de descentralización haya sido exitoso en relativamente poco tiempo.

En el mismo período también se pudieron observar cambios en el perfil de la red. Estos cambios llevaron al aumento de la complejidad, expansión de cobertura y expansión de la producción ambulatoria, y acentuaron un proceso de transformación iniciado anteriormente. Los servicios de salud en el ámbito municipal aumentaron en forma notoria, y se convirtieron en cerca de 70% del total.³

Se mostró en estudios que, al igual que en otros ámbitos, el proceso de descentralización no ocurrió de modo uniforme en el país. Brasil, debido a sus características geográficas, presenta mucha heterogeneidad interna; lo mismo ocurre en el área de salud. El país amazónico se compone de 26 estados y de un Distrito Federal, con distribución de población, ingresos y riqueza muy distintos (por ejemplo, las tasas de mortalidad infantil). La tasa nacional en 2002 era de 25.06 defunciones por 1000 nacidos vivos. Trece estados tenían tasa por arriba de este valor y la de los otros trece, más el distrito federal, era inferior, con la más alta tres veces mayor que la más baja. En cuanto a la cobertura de los servicios de salud de la población mediante planes privados, los datos oficiales indican que el promedio nacional en 2005 es un poco superior a 19%. Veintitrés estados están abajo de este promedio y los tres restantes y el distrito federal, arriba.⁴ Lo mismo ocurre con la disponibilidad de servicios de salud.

Para cumplir la determinación constitucional de ofrecer salud a su población, el gobierno trabaja con una serie de programas diferentes, que cubren diferentes aspectos del sector. Así, se observan programas de agentes comunitarios de salud, de salud de la familia, actividades vinculadas a carencias nutricionales, enfermedades específicas, el acceso a medicamentos y grupos poblacionales prioritarios, entre tantos otros.

En este sistema, hay instancias interinstitucionales de deliberación y control, y se cuenta al menos con las Comisiones Intergestoras Bipartitas (CIB)

en cada estado, y la Comisión Intergestora Tripartita (CIT), junto con la instancia federal, foros permanentes de negociación y deliberaciones entre los diversos niveles de gobierno. El CIT cuenta con representación paritaria del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de las Secretarías Estatales de Salud (CONASS) y el Consejo Nacional de las Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS). El CIB cuenta con representación paritaria de la Secretaría Estatal de Salud y de la entidad de representación de los municipios del Estado al que pertenece. En estos foros deben pactarse y programarse las actividades de salud, así como definirse los toques financieros de los sistemas de salud municipales y estatales.

En la Constitución hay mención explícita al sector privado. Aparece el concepto de relevancia pública de las acciones y servicios de salud, sean los servicios públicos o privados, y se menciona el carácter complementario del sector privado en el sistema único de salud, establecido mediante contratos y convenios con el sector público. En los movimientos de descentralización, la gestión de estos contratos y convenios se acerca cada vez más al municipio. Se reconoce, por lo tanto, la existencia del sector privado prestador de asistencia en el país. De hecho, los hospitales privados con y sin finalidad lucrativa, constituyen más de 70% de la capacidad instalada en Brasil. En caso de financiamiento, esta situación se invierte: el SUS es el gran financiador de la asistencia médica, principalmente cuando se trata de alta complejidad.

EL MERCADO EN SALUD Y EL SISTEMA QUE NO ES ÚNICO

Los financiadores privados son responsables de la cobertura de cerca de 20% de la población, en tanto que, con la concentración ya referida, a estados como São Paulo y Río de Janeiro corresponde cerca de 40% y 30%, respectivamente, de su población con derecho a planes privados. Sin embargo, son ellos los que de alguna manera conforman lo que se llama mercado privado. O sea, la población sin derecho a la denominada cobertura "suplementaria" busca los servicios públicos, con una demanda muchas veces superior a la capacidad de oferta de servicios. Hay quien diga que no hay interés en tener índices de productividad muy elevados, pues no se reflejan en un aumento de remuneración para los profesionales ni para los servicios y tampoco para los dirigentes. En esta situación, la justificación es que la mayor productividad significa simplemente más trabajo y no más recursos.

Hay estados y municipios, por otro lado, que se organizan solidariamente para reducir las filas creadas para obtener atención en especialidades y procedimientos, como cirugías de varices, hernias o cataratas, los cuales, aunque de baja complejidad, tienen demanda superior a la capacidad de atención de la

red pública o financiada por el SUS. Lo mismo ocurre con procedimientos de alto costo, como algunos exámenes complementarios o transplantes.

Aquéllos que disponen de planes privados tienen acceso a una oferta organizada de otra manera, donde los mismos planes (llamados de operadoras) y servicios de salud se disputan una clientela relativamente restringida. En este caso, más atenciones significan remuneración mayor. En Brasil, como en el resto del mundo, los costos de la salud continúan creciendo. Las operadoras y los hospitales, con o sin fines lucrativos, necesitan cada vez más evidenciar resultados financieros, lo que lleva a las operadoras a intentar contratar los servicios por precios cerrados para diagnósticos establecidos, en un diseño normado semejante al del *managed care*. A su vez, los servicios intentan negociar flexibilizaciones en esas normas, en función del riesgo que creen correr debido a la imprevisibilidad de la evolución de los motivos de la búsqueda. Finalmente, los profesionales, especialmente los médicos, consideran que la autonomía en su proceso de trabajo se vuelve restringida y sus ganancias (una de las partes consideradas más elásticas en las relaciones entre pagadores y prestadores) se reducen más de lo que sería aceptable.

El acceso de los usuarios a los servicios o profesionales de salud, en 2005, no es exactamente una cuestión de elección individual. En el sector público, cada vez más los principios de la descentralización y de la racionalización inducen a que la utilización ocurra mediante procesos de referencia, con un primer contacto lo más próximo posible de la residencia o del trabajo del ciudadano. En el sector privado, antiguamente la orientación respecto a la búsqueda del servicio la llevaba a cabo el médico. Sin embargo, a medida que el papel de las operadoras se volvió más importante en el financiamiento de los servicios, frente al acortamiento de la población que paga directamente por el que consume, el seleccionador u orientador de la demanda se convirtió en el responsable de esa función. Un factor en la elección del médico por parte del paciente es si él está o no acreditado por determinada fuente pagadora. Lo mismo ocurre en la elección de servicios asistenciales o auxiliares para tratamiento o diagnóstico.

Para los servicios de salud de cuerpo clínico abierto, contar con el médico como socio tiene un peso muy relevante, pues significa tener su capacidad instalada, de camas, exámenes, salas quirúrgicas, potencialmente ocupadas. Para los hospitales es importante disponer de profesionales reconocidos, que atraen pagadores y que garantizan resultados asistenciales. Sin embargo, hay amplias condiciones que necesitan cumplirse mucho más ahora que en el pasado. Para los servicios que tienen los profesionales bajo contrato, esto puede significar una declaración de calidad para observadores

externos y una facilidad mayor de cumplir normas, procedimientos y requisitos de financiamientos establecidos.

Se considera que los ciudadanos, potenciales usuarios de los servicios de salud, tienen cada vez más derechos y más reivindicaciones. La base de esta nueva actitud radica en la disponibilidad de información, en todos los medios de comunicación, prensa hablada y escrita, Internet, en los financiadores que estimulan la utilización de servicios de medicina preventiva y el cuidado con la propia salud, así como en las instancias que preparan textos con la finalidad de estimular la utilización más racional de los servicios de salud. No obstante, se debe tener cuidado con las generalizaciones: el paciente quiere saber más acerca de dónde es atendido y por quién, lo cual está siendo posible por la disponibilidad de Internet y la información provista por los financiadores y por los servicios. No obstante, esto no ocurre siempre ni con los usuarios de todos los servicios. En el sector público este hecho es mucho más raro, inclusive por que se desconoce quien atenderá al paciente y por ser la elección más restringida. Lo mismo ocurre cuando se buscan servicios de urgencia, hecho muy común en la realidad brasileña, cuya población acostumbra relegar la rutina de encuentros regulares con el servicio y los busca solamente cuando son urgentes y las posibilidades de elección son limitadas por la disponibilidad de la operadora.

En el segundo semestre de 2005, la utilización de servicios de salud tiene que ver con una relación entre cuatro socios evidentes: los usuarios (o utilizadores), los profesionales (especialmente los médicos), los financiadores (el SUS u operadoras privadas) y los servicios de salud (clínicas, hospitales, servicios de diagnóstico). Cada uno tiene sus intereses, y entre ellos existen claros conflictos. Hay asimetría de información entre los involucrados, un fenómeno esperado y natural, pero ésta no implica que la información, de cualquiera de las partes, sea más o menos relevante que la de las demás. Simplemente son diferentes por la educación/conocimiento anterior de los involucrados y sus intereses. Actualmente ocurre un movimiento en el sentido de identificar los intereses y las necesidades de las partes para garantizar la atención de las necesidades o de las demandas de la población, aprovechar la capacidad instalada, así como garantizar trabajo para los empleados y sobrevivencia para las organizaciones.

LA EVALUACIÓN EXTERNA: ¿POR QUÉ ES NECESARIA?

En el escenario brasileño existe una gran oferta de servicios de salud, tanto en el sector público como en el privado. Por supuesto que para el SUS, las operadoras privadas y los usuarios en general son diferentes los criterios de elec-

ción del servicio por utilizar. También son distintas las motivaciones que llevan a los profesionales a escoger dónde prefieren trabajar, en caso de que tengan opción. Por otro lado, buena parte de los servicios tenderán a decir que sí cuando se les pregunte si es adecuado lo que ofrecen como servicio de salud. Por igual, aquéllos que reconocen limitaciones en lo que Donabedian llamaba “estructura”, muchas veces consideran que lo que ofrecen merece utilizarse.⁵ Para profesionales de salud o gerentes de servicios, cuestionar la calidad de los servicios que ofrecen se considera una ofensa.

En este caso, cabe la pregunta que acostumbra caracterizar a la evaluación: “¿Qué le permite decir que el servicio tiene calidad?”⁶ A pesar de que los escritos de Donabedian ya tienen prácticamente 40 años, no son comunes las evaluaciones en los servicios de salud. Son comunes los alegatos de que una de las características de este tipo de servicio es que resultan inciertas sus salidas (*outputs*), e incluso sus resultados (*outcomes*). Este tipo de afirmación justifica cualquier dificultad alegada de evaluación, pues para medir eficiencia, por ejemplo, es necesario conocer la relación entre producto y recursos empleados. Sin producto, no hay eficiencia posible. En el caso de la eficacia, ésta se refleja básicamente en el producto. Entonces, cualquier falta de claridad en la pregunta ayuda a mantener esta situación.

Cuando se analizan otros modelos de evaluación, como el BSC (Balanced ScoreCard),⁷ aunque ya exista la defensa de su implantación en hospitales (en *mission, no margin*),⁸ existe una posición que indica la dificultad de coordinar *stakeholders* con intereses tan diversificados, como los que se relacionan con los servicios de salud en su conjunto, así como a acordar los objetos prioritarios por evaluar. Por supuesto, hay aquéllos para quienes son fundamentales los resultados financieros (y, por cualquier razón, debe considerarse la viabilidad del servicio). Algunos consideran que solamente hacen diferencia los resultados asistenciales. Para otros, incluso, la calidad y la satisfacción de los trabajadores resultan esenciales. A principios del siglo XXI, finalmente para muchos, incorporarse en actividades sociales y filantrópicas alcanza un peso diferenciado.

No se puede esperar que todos los involucrados ni todos los interesados tengan el mismo grado de conocimientos o de interés sobre los procesos – asistenciales y administrativos– que ocurren en los servicios de salud. En el caso de su evaluación ocurre lo mismo. Los profesionales de las organizaciones, por ejemplo, se interesan más por sus actividades específicas que por la organización como un todo. Tanto en el área administrativa como en la de información, que debería tener como interés y como objeto de actuación a toda la organización, es común observar lo contrario.

Las evaluaciones llevadas a cabo internamente en la organización, cuando ocurren, generalmente se preocupan por contestar las preguntas de sus dirigentes, u otros actores, lo que es muy necesario, deseable y útil, cuando se efectúa de manera adecuada. Dado que no existe objetividad, hay distorsiones en estas cuestiones. Por ejemplo, la premisa del conocimiento de lo que sucede y de la responsabilidad por los resultados obtenidos. Es muy raro que un dirigente se disponga a apuntar claramente los errores que cometió o las decisiones equivocadas que tomó. Al descubrir problemas, es más común intentar solucionarlos rápidamente, antes que los perciban más personas. O, siempre que sea posible, negar que hayan ocurrido o que sean situaciones menos que adecuadas. De hecho, reconocer deslices es difícil en cualquier situación, personal o profesional.

Además, la base de esa modalidad de evaluación es la información interna, provista por aquéllos que produjeron las acciones que la generaron. Como es difícil reconocer deslices, los "dueños" de la información muchas veces intentan justificarlos y los demás miembros de la organización aceptarán o no a las justificaciones, dependiendo de su situación en el equilibrio interno de fuerzas. Finalmente, cabe discutir sobre la utilización de esas evaluaciones, que tampoco es objetiva, porque depende de las intenciones coyunturales.

La evaluación externa es un instrumento complementario a la interna. Una de las definiciones que se puede utilizar al respecto es que la realizan actores externos a la organización que se evalúa. Dependiendo del objetivo, a partir de ahí se altera el concepto. Por ejemplo, un modelo de contratación de evaluadores externos con interés por contestar incluso las cuestiones internas, requiere negociaciones entre los evaluadores y los gestores para definir lo que será visto y lo que no, y de qué forma. En otro tipo de circunstancia, cuando la organización se propone dar satisfacción a la sociedad, los evaluadores externos usan una metodología conocida o un instrumento consagrado, o ambos.

Naturalmente, la evaluación externa también utiliza información producida dentro de la organización que se analiza. Las personas no dejan de tener sus intereses sólo porque la evaluación no es llevada a cabo por sus miembros. Esta distorsión continúa existiendo, sin embargo la complementa un menor conocimiento por parte de los evaluadores respecto de las relaciones internas de fuerzas. En este caso, éstos son más dependientes de las personas bajo evaluación, pero tienen menos opinión formada de ellas.

Idealmente, una organización acostumbra contratar una evaluación externa con criterios diseñados para cada caso cuando quiere un punto de vista objetivo. O cuando quiere obtener una nueva visión, que no sea necesari-

riamente objetiva, frente a todas las contaminaciones que tienden a ocurrir durante el proceso completo de levantamiento de datos. Aun existen administradores que contratan empresas externas para que evidencien internamente aspectos que actores de la organización no alcanzaron o para que sean los portadores de sus opiniones. Hay también evaluaciones externas contratadas por financiadores, que quieren conocer los resultados, la utilización de recursos y la *accountability* de la organización que financiaron. Además de muchas otras posibilidades, existen también los modelos utilizados para demostrar alguna capacidad de la organización útil para la sociedad. Estos cuentan con criterios conocidos y validados dentro del área profesional, además de metodología que se considera en el sector.

LA EVALUACIÓN EXTERNA: MODELOS EMPLEADOS EN BRASIL

Entre los modelos más comunes en la economía internacional están los ISO (International Standardization Organization) y los premios de calidad: desde Deming en Japón o Baldrige en los EUA hasta el Premio Nacional de Calidad (PNC) en Brasil. Con base en el primero (que ya pasó por diversas modificaciones que ampliaron su definición) está el concepto de cumplimiento de estándares. Estos permiten que, una vez definido lo que debe ser hecho, se verifique con exactitud. Los premios de calidad, a su vez, tienen como objetivo premiar empresas de "clase internacional" y, por ello, responden a criterios universales de gestión, como planeación estratégica, responsabilidad social, conocimiento de mercado y preocupación con resultados, entre otros. Una empresa que logre un certificado ISO o un premio de calidad es reconocida en el mercado, que sabe lo que significan estos mecanismos de evaluación. En Brasil existe una adaptación del PNC para la salud, que se conoce como PNGS (Premio para Gestión en Salud), la cual se basa posiblemente en la premisa, discutible, de que las organizaciones de salud se administren de manera diferente. En el país un hospital obtuvo el PNC y algunas otras organizaciones de salud han sido galardonadas con el PNGS.

Los evaluadores de todos esos modelos se forman en la técnica específica, y tienen que adecuarse al lenguaje y especificaciones de cada sector. Algunos de los primeros hospitales de Brasil en someterse al modelo ISO, que analizaron su experiencia, presentaron como punto débil el hecho de que los evaluadores no lograron hablar el idioma de la salud o comprender la lógica sectorial, lo que dificultó a los trabajadores hospitalarios la comprensión de la lógica del mundo de las organizaciones. Esta situación imperó en la segunda mitad de los años noventa, pero ya se ha superado.

Otra característica del modelo ISO en esa década, que ya no corresponde a la actualidad, es que podía aplicarse en alguna parte de una organización y no en otras. Así hay muchos servicios donde solamente se certifica una unidad, en rigor la que tenía las mejores condiciones. En hospitales, lo anterior fue considerado un punto fuerte pues, conforme a lo relatado por los entrevistados, estimulaba la competencia entre las áreas. Parte de los dirigentes que se entrevistaron, sin embargo, afirmaron que la competencia era un punto débil del modelo, pues aparecía como un desestímulo a la colaboración, tan necesaria en el área de asistencia.

En el área de salud existe, de forma notoria, un modelo específico de evaluación externa que también se utiliza en el ámbito educativo: la acreditación. Una definición consagrada para el término es la siguiente: sistema de evaluación externa para verificar el cumplimiento de estándares preestablecidos por determinadas organizaciones.⁹ Otra forma de interpretación sería la de organizaciones respetadas o reconocidas por disponer de competencia técnica satisfactoria en el área.

Dependiendo del tipo de organización, Todos los modelos de acreditación del área de salud acostumbra trabajar con uno o varios manuales. En Brasil, son dos los modelos de acreditación más conocidos: a) el de la Joint Commission Internacional (JCI), que deriva del modelo de la Joint Commission for Accreditation of Health Organizations (JCAHO), nacida de la antigua Joint Commission for Hospital Accreditation (JCHA), que se creó con el propósito de lograr mayor alcance que el original y se preocupaba básicamente de los hospitales; y b) el de la Organización Nacional de Acreditación (ONA), que en sus primeros años trabajaba básicamente con hospitales y actualmente también se ocupa de servicios de diagnóstico y de terapia renal sustitutiva. Ambos modelos tienen como característica no permitir la acreditación de solamente algunas unidades, donde se reconoce la interdependencia entre todos los sectores y se considera inviable tener, por ejemplo, un hospital acreditado por contar con un excelente centro quirúrgico y con una lavandería en condiciones de trabajo inaceptables.

La JCI en Brasil tiene un representante nacional, CBA (Consórcio Brasileiro de Acreditação), que designa equipos para realizar los diagnósticos en los diferentes hospitales que contratan sus servicios. La ONA es una organización no lucrativa, que "acredita" organizaciones en todo el país para que estas mismas realicen procesos de acreditación. Hasta septiembre de 2005, las organizaciones acreditadoras autorizadas por la ONA son ocho, todas ellas en el eje Sur-Sudeste. El CBA hace algunos años realizaba procesos de acreditación tanto en nombre de la JCI como de la ONA, mas optó por concentrarse en el instrumento norteamericano. Lo mismo sucedió con otra organización

nacional, que luego de trabajar durante un tiempo con la ONA y con el PNC, optó por hacerlo con PNGS y dejó de realizar acreditación.

Ambas acreditadoras conviven en una situación donde la acreditación no es obligatoria (los servicios se someten de manera voluntaria), lo cual evidencia la búsqueda de la calidad (o por lo menos de que se realizan esfuerzos para conseguirla). También en ambos casos los hospitales son fuertemente motivados a estimular el trabajo en equipo (pues todos los modelos conocidos dependen de la construcción colectiva), a desarrollar un intenso proceso de educación de todo el equipo técnico y gerencial (la organización como un todo y la acreditación propiamente dicha). Así, al final terminan con un instrumento para las actividades gerenciales, porque el ejercicio sirve al menos como un diagnóstico para la identificación de las áreas más carentes de inversión, recursos, tiempo o personas.

Nacionalmente, se puede decir que, debido a las características del modelo, las organizaciones acreditadas pueden ser para la sociedad como un todo con referencia a la garantía de la calidad asistencial, ofreciendo una indicación objetiva de que la organización cumple determinados estándares y, en condiciones ideales (no necesariamente las encontradas en la sociedad), habría menor probabilidad de que ocurrieran errores y resultados adversos.

EL ESCENARIO BRASILEÑO DE CALIDAD EN SALUD

Se puede decir que en Brasil el movimiento para buscar en forma sistematizada la calidad en organizaciones de salud se inició al final de los años ochenta. En verdad, el Estado siempre tuvo un papel importante al intentar garantizar condiciones mínimas de atención, por medio de instrumentos como la autorización de funcionamiento, cuya liberación dependía de unidades de vigilancia sanitaria y que era obligatorio para todos los servicios. Las unidades de vigilancia sanitaria absorbieron, gradualmente, una serie de responsabilidades hacia la garantía de calidad en la vida, en general, y en la salud, en particular, si bien con una serie de limitaciones debido a las dificultades naturales de un servicio público con bajo grado de credibilidad y donde había hospitales que no sentían la necesidad de ser fiscalizados o controlados.¹⁰

En un segundo momento, cuando el gobierno pasó de hecho a ser el gran financiador del sector privado de asistencia hospitalaria, legitimaba su papel como evaluador para verificar, al menos, si aquello por lo que estaba pagando se realizaba (o si había condiciones físicas para ello). Igualmente, el que esas evaluaciones no fuesen realmente eficaces indicaba a una situación en que no bastaba declarar intenciones para ser remunerado. En más de una

ocasión, no necesariamente había credibilidad para los evaluadores ni para las metodologías.

A partir de los ochenta, la situación de la salud en el país empezó a cambiar. Este fue el momento de la aparición del sector privado como actor relevante en el financiamiento (su existencia es muy anterior, pero su actuación era muy restringida, en términos de base poblacional cubierta e incluso en relación con los recursos financieros destinados), con el apoyo de argumentos que apuntaban a la baja calidad del sector público, principalmente en cuestiones de apariencia y confort. El seguro social pasó, a mediados de los ochenta, a preocuparse del control de los prestadores de asistencia privada y de la calidad de la asistencia proveída. Un número importante de hospitales privados retiraron su autorización ante el financiador público, pues los criterios de condiciones mínimas de funcionamiento empezaron a presentar mayores exigencias, así como su investigación. Los financiadores privados tenían interés en servicios que sus asociados considerasen aceptables, con condiciones confortables de hotelería y cuyos precios permitiesen sobrevivencia a los prestadores y a los financiadores. En ese periodo, la asistencia médica privada era un buen negocio, en un mercado de inflación alta, pues el dinero correspondiente al prepago se invertía a tasas de ganancias elevadas, los insumos se compraban a un precio que era mucho menor cuando se pagaban e, incluso, el pago del procedimiento se efectuaba en otros términos.

En los años noventa, con el frecuente movimiento de profesionales de la salud brasileños entre Brasil y los EUA, comenzaron a llegar al país los avances de las teorías de garantía de calidad (ya fueran los más teóricos de Donabedian o los más aplicados directamente en servicios de salud de Donald Berwick), se iniciaron los esfuerzos de JCAHO, así como algunas experiencias aisladas en hospitales. Al mismo tiempo, algunos administradores profesionales llegaron a la gestión del sector de asistencia hospitalaria brasileña, después de haber tenido contacto con las teorías de Deming y Juran.

Lo anterior se produjo en un contexto en el que los usuarios de los servicios de salud obtuvieron más reivindicaciones, en el que la inflación fue controlada y, consecuentemente, los financiadores privados del sector percibieron la necesidad de controlar los costos de los servicios por los cuales pagaban. Todo eso en un momento en que el *managed care* era prácticamente la ley en los Estados Unidos de América, sobre todo en la costa oeste. De manera general, las teorías de la calidad se empezaron a buscar en mayor medida como un mecanismo prácticamente infalible de reducción de costos. Así, en un primer abordaje, la gestión de la calidad en Brasil pasó a asociarse al *downsizing* y a otros mecanismos que disminuían gastos, como por ejemplo los llamados *gate keepers*, lo que no necesariamente aumentaba la calidad, sino

que mejor dicho la empeoraba. Por este motivo hubo quienes consideraron que se trataba de ideas vinculadas al sector privado, una vez que en el público la reducción en el número de trabajadores es más difícil. Además, en el sistema único brasileño, que preconiza la universalidad y la equidad, impedir el acceso significa infringir la ley.

Hubo mucha resistencia inicial contra los mecanismos de calidad en el sector público. De hecho, las primeras organizaciones que se adhirieron a las iniciativas de calidad fueron privadas, con y sin fines de lucro, así como algunos hospitales y servicios de otra naturaleza, principalmente en el área de diagnóstico, que en conjunto se consideraban más próximas al concepto de línea de producción y, por lo tanto, con menor necesidad de adaptar sus conceptos para comprender teorías que se alegaban apropiadas sólo para el área industrial.

Contribuyeron a la demora en la incorporación de las prácticas de la calidad en los servicios de salud del país algunos otros factores. Uno de los más importantes fue la sensación de que siempre sería difícil convencer a los profesionales de la salud, formados con la noción de que su actividad es, por definición, de buena calidad, pues tienen que ver con el acto de cuidar y salvar vidas, de que su práctica podría mejorar. El concepto de que la administración debe mejorar era y es aceptado sin dificultad, pero en la opinión de los profesionales, la asistencia no era mejor por cuestiones relacionadas sólo a la gerencia, al financiamiento y hasta al paciente, que se rehusaba a obedecer las determinaciones médicas. La noción de que era posible adoptar protocolos clínicos, con ventajas, por profesionales y organizaciones hospitalarias se confrontaba con algunas nociones básicas de las profesiones de la salud, de la práctica individual, de la autonomía para diagnóstico y conducta. Eran frecuentemente invocados el bienestar, la necesidad y el pronóstico del paciente para la resistencia a su implantación. Tardó en aceptarse la noción de que las juntas clínicas de discusión de casos podrían ser instrumentos poderosos para la mejoría, pues aparecía más como una rutina de presentación y no como un instrumento para detectar y solucionar problemas.

Este es un factor intrínseco para las profesiones de la salud. Otros que aún pueden ser mencionados, internos para las organizaciones, tienen que ver con la baja frecuencia de trabajo multiprofesional, la propia definición de organizaciones de salud –compuestas por profesionales de diversas formaciones y niveles de escolaridad–, la diversidad de procesos que ocurren, desde limpieza hasta cirugías, pasando por intensos flujos de información y motivación e interés diferentes, aun cuando no tengan conflicto, de los trabajadores de las organizaciones.

Además influyen dos grandes aspectos externos a la organización: uno de ellos se relaciona con la capacidad, financiera y cognitiva, de los usuarios (potenciales) para seleccionar los servicios a los cuales tendrán acceso, con financiamiento público o privado. El otro, característico del escenario brasileño, se refiere a la baja competitividad del mercado en salud. Esto permite decir que hay poco incentivo para la implantación de las diferentes iniciativas de calidad en el sector, considerando principalmente que cualquier tentativa involucra todo tipo de recursos, desde los financieros hasta los de tiempo y ganas.

UN POCO DE HISTORIA DE LA ACREDITACIÓN

En los años ochenta empezó un movimiento en el sentido de realizar evaluaciones externas en hospitales, con base en modelos norteamericanos muy centrados en estructuras. Esta intención provocó reacciones en muchos servicios, que invocaban la capacidad de las buenas prácticas en el sentido de ser el diferencial de la asistencia, que era, en última instancia, lo que los pacientes buscaban en los servicios de salud. En los años noventa, posterior a gran difusión de los éxitos y de los manuales de la JCAHO, tuvo inicio una serie de movimientos paralelos con vistas a implantar algo semejante en el país. Hubo organizaciones vinculadas a entidades médicas (que seguían el ejemplo del modelo norteamericano, que empezó con la asociación médica de aquel país), locales (como en el estado de São Paulo) y nacionales (ubicadas en Río de Janeiro). Surgieron iniciativas vinculadas a órganos académicos, como en Rio Grande do Sul, y otras ligadas a secretarías de salud, como en Paraná.

Simultáneamente, algunos hospitales privados, interesados en destacarse en el mercado, empezaron a buscar su camino, en general diseñando en el inicio sus propios modelos. En los hospitales universitarios aparecía una reacción interesante: muchos de los profesionales que asistían a congresos y a cursos en ambientes diversos supieron de estas nuevas teorías, aunque institucionalmente se considerase que en ellos la calidad era prerequisite para su existencia. Por eso, ocurrieron en el período una serie de iniciativas, en áreas específicas de servicios, al contrario de lo que la teoría señala, esto es, que es deseable que los esfuerzos sean diseminados (y conocidos) por la organización como un todo.

Este ha sido el origen de una serie de distorsiones adicionales, de criterios e información de unidades en las organizaciones. Así, en vez de tenerse indicadores hospitalarios, se cuenta ahora con indicadores de enfermería o de rehabilitación, nutrición o Unidad de Terapia Intensiva, producidos y uti-

lizados por estas áreas o categorías profesionales, independientemente de lo que suceda en la organización como un todo.

Al mismo tiempo, este ambiente se volvió más receptivo de las cuestiones de calidad. En 1992, la Organización Panamericana de Salud empezó un esfuerzo de diseminación de las ideas de la acreditación en América Latina, y produjo un boceto de manual en conjunto con la Federación Latinoamericana de Hospitales.¹¹ La actuación de la OPS fue fundamental para intentar conjuntar a todos (o casi a todos): el Ministerio de Salud, los secretarios estatales y municipales de salud por medio de sus órganos representativos (CONASS y CONASEMS) y los grupos independientes que pensaban en el tema, los académicos, los de servicios, aquéllos ligados a entidades médicas, en fin, todas las iniciativas identificadas. A falta de una denominación más apropiada y para evitar conflictos, inclusive con la terminología, el grupo que resultó de ahí recibió el nombre de "Grupo Técnico".

En el Ministerio de Salud, en la primera mitad de la década de los noventa se creó un área o posición con la función específica de implantar acciones de mejoría de calidad en los servicios de salud en el país. En este período se desarrollaron e incentivaron en el plano nacional una serie de iniciativas para la calidad. El cargo en cuestión fue ocupado por un profesional que también tenía historial de participación en las primeras iniciativas de acreditación ocurridas en el país, que además es uno de los fundadores del CBA. Incluso este fue el momento en que se negoció para el país un recurso del Banco Mundial, llamado Reforsus, dedicado a la mejoría de los servicios de salud, tanto en inversiones como en la operación. Uno de los proyectos dedicados a la operación tenía como nombre Modernización de los Servicios de Salud, e incluía temas desde informatización hasta calidad.

Impulsadas por la OPS, durante muchos años continuaron las juntas del grupo técnico. Una de las decisiones que se tomaron y por la cual casi todos se interesaban fue la de crear un organismo que trabajase con acreditación en el ámbito nacional. Una de las cuestiones prevalentes en la época era si este órgano debería ser público o privado. Entre los argumentos para ser privado, aunque ligado al sector público, estaba el hecho de que a este último ya se le atribuía la autorización del funcionamiento de los servicios. Otra razón fue que, normalmente, el sector público puede ser más sensible a presiones políticas y es posible que se presenten más dificultades al contratar y mantener profesionales de alta calidad. Esta fue el argumento victorioso y por el que el consejo de la ONA considero financiadores privados, prestadores públicos y privados, y que la representación del sector público se diera por intermedio de los Consejos de secretarios estatales y municipales

de salud. Otra actividad desarrollada por el grupo técnico era la discusión al respecto de la adaptación para Brasil del instrumento de acreditación de 1992 de la OPS.

En 1995 el Ministerio de Salud reconoció estos esfuerzos formalmente, presentando un proyecto de acreditación al Programa Brasileño de Calidad y Productividad. Los instrumentos brasileños de acreditación empezaron a ser probados nacionalmente, formal y directamente por el grupo técnico y en algunos estados, por iniciativas de los diversos componentes de ese grupo. Las pruebas comprendían los criterios y las metodologías. Finalmente, en 1998, fue lanzada la primera edición del Manual Brasileño de Acreditación Hospitalaria. En 1999 fue creada la ONA, reconocida por el Ministerio de Salud en 2001, poco antes del lanzamiento de la tercera edición del Manual Brasileño. Para reforzar los vínculos de la ONA con los ministerios de salud fue firmado un convenio entre la Organización y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), órgano autónomo del Ministerio, en ese mismo año de 2001. Esta fue una de las estrategias que la ONA desarrolló.

Las entidades fundadoras del CBA fueron el Cesgranrio, la Academia Nacional de Medicina y el Colegio Brasileño de Cirujanos, una entidad local y dos nacionales, aunque con sede en Río de Janeiro (capital del país antes de la construcción de Brasilia). La ONA tuvo sus fundadoras divididas en tres categorías: prestadores, financiadores y poder público. Esta última es representada por los Consejos Nacionales de Secretarios Estatales y Municipales de Salud (CONASS y CONASSEMS). Los prestadores fueron representados por ABRAHUE (Asociación Brasileña de Hospitales Universitarios), la Federación de las Misericordias, la Confederación Nacional de Salud (CNS) y la Federación Brasileña de Hospitales (FBH). Finalmente, la representación de los financiadores correspondió a la Asociación Brasileña de Medicinas de Grupo (ABRAMGE), a la UNIDAS (Unión Nacional de las Instituciones de Autogestión en Salud) y a la Federación Nacional de las Aseguradoras (FENASEG).

Una de las estrategias que la ONA desarrolló para hacer viable su actuación desde el inicio fue la de descentralizar sus actividades, por medio de organizaciones acreditadoras descentralizadas que se ubicasen idealmente por todo el país, dadas las dimensiones de Brasil y las dificultades de traslado. Siguiendo el mismo modelo utilizado por la JCAHO, la ONA siempre defendió que los hospitales se sometiesen de forma voluntaria a la acreditación. Como sería una actividad pagada, cuanto más participaran los hospitales y las organizaciones acreditadoras, tanto más barato sería el proceso. En un primer momento la ONA congregó, como organización acreditadora, tanto al CBA como a otras organizaciones que se colocaban en el mercado como eva-

ludadoras externas de hospitales. El caso es que más de una de esas organizaciones respondían a más de un modelo. Por ejemplo, la Fundación Vanzolini, vinculada a la Escuela Politécnica de la Universidad de São Paulo, también certificaba mediante la ISO, en caso que esta fuese la opción del hospital. Así, el CBA durante algunos años acreditaba tanto por medio de la ONA (una de las unidades con sede en Río de Janeiro) como por medio de la JCI.

Al final de los años noventa, también se vio en São Paulo que un renombrado hospital, el Albert Einstein, que había iniciado un programa de calidad desde los primeros años de la década, comenzó a buscar evaluación externa para validar sus esfuerzos y su calidad. El interés del hospital fue el mercado de usuarios, las financiadoras, y la globalización; fenómeno por el cual gran cantidad de ejecutivos extranjeros viven en Brasil y mostraban dudas acerca de atender sus necesidades de salud en este país o en sus países de origen. Otra razón fue que las financiadoras internacionales cuestionaron la calidad de sus servicios. Su primer intento, junto al modelo PNC, fue malogrado y empezó un largo proceso, que tuvo inicio con certificaciones ISO. Las primeras unidades certificadas fueron el laboratorio, el banco de sangre, la unidad de terapia intensiva de adultos y la unidad de terapia intensiva infantil. En seguida, consideró que su imagen internacional mejoraría si fuese acreditado por la JCAHO que, a su vez, comenzaba su internacionalización. El inicio de ese proceso de acreditación comenzó con la JCAHO, mas cuando terminó, el Hospital Albert Einstein fue el primer hospital en el mundo acreditado por la JCI, en 1999. En la actualización de su acreditación, en 2002, la visita fue acompañada por el CBA. Al principio del año 2000 ese hospital pensó someterse a la acreditación por la ONA pero no llegó hasta el final.

ALGUNOS DATOS SOBRE CALIDAD EN BRASIL

Algunas investigaciones acerca de iniciativas de calidad en el país mostraron cambios en el escenario. Por ejemplo, al analizar en 1999,¹² mediante cuestionarios aplicados a un miembro de la alta dirección, una muestra de los 956 hospitales del estado de São Paulo, compuesta por 33% de hospitales de menos de 50 camas, 37% con entre 51 y 150 camas y 30% con más de 150 camas, se verificó que 72% ya había tenido conocimiento de algún sistema de calidad. Sin embargo, la mayoría (66%) de los programas mencionados como conocidos era genérica, no específica del sector de la salud. Cuando se trataba de verificar la implantación de alguna iniciativa, los datos mostraban que solamente 23% de los hospitales ya tenía alguna iniciativa de calidad implantada.

Analizando la muestra de los hospitales que ya habían implantado este tipo de iniciativa, se descubrió que se distribuían entre 36% privados con fi-

alidad lucrativa, 32% públicos, 23% filantrópicos y 9% universitarios. Aunque solamente 30% de los hospitales tenía más de 150 camas, 59% de los hospitales con iniciativas de calidad en marcha eran de esa categoría, lo que hablaba a favor de que la disponibilidad financiera influía en esta variable. Del 23% con iniciativas de calidad, 52% tenían sistemas específicos del sector, entre los cuales se encontraban aquéllos que se preparaban para la acreditación nacional, por la ONA. De los no específicos, los más comunes eran la ISO y las 5S, seguidos de programas internos. Llamaba la atención el hecho de que ninguno de los hospitales de la muestra que tenían programa contaba con más de 3 años de operación, o sea, los más antiguos databan de 1996.

Los dirigentes hospitalarios que respondieron positivamente en cuanto a la implantación de programas de calidad señalaban a las tentativas de mejorar la asistencia, mejorar organización y aumentar satisfacción del usuario como los motivadores más frecuentes para la implantación. Como resultados positivos indicaron el aumento en la participación de los empleados y en la satisfacción del usuario, junto con la racionalización de procesos y la responsabilización de los usuarios. También identificaron resultados negativos. Llama la atención que el más frecuente fue la falta de evidencias de haber obtenido resultados, seguido del aumento de conflictos internos y la percepción de que los sistemas de calidad parecían ser más importantes que las personas.

Los dirigentes de 67% de los hospitales donde no habían sido implantadas iniciativas de calidad informaron que en 68% ni siquiera había sido discutida la posibilidad y que en 1% había sido decidido no implantar ninguna iniciativa. La justificación más importante para la no implantación fue la falta de recursos asociada al alto costo de la misma, y donde se recordó más de una vez que el hospital ya tenía calidad y no necesitaba de ningún sistema para probarlo. Llama la atención el hecho de que 10% ya habían tenido programa y lo abandonaron, por no haber visto resultados o por haber definido nuevas prioridades.

En 2002 se efectuó una investigación con financiadoras privadas de salud¹³ (desde 1999 institucionalmente formaban parte del Consejo de la ONA), con la intención de verificar si en los instrumentos de evaluación externa de calidad había alguna influencia en la autorización o en la remuneración de hospitales. Los entrevistados eran técnicos responsables por autorización de operadoras en Río de Janeiro. Una de las premisas de este asunto es que los financiadores tienen poco conocimiento al respecto de aquéllo por lo que pagan y que las evaluaciones externas pueden ayudarlos a discriminar servicios. Sorprendentemente, en 2002, los responsables técnicos de la autorización de los hospitales, salvo raras excepciones, no estaban familiarizados ni con

certificaciones ni con la acreditación. Al mismo tiempo, no veían con buenos ojos la introducción de esas prácticas, porque para obtener certificados de evaluación externa seguramente los hospitales necesitaban realizar inversiones, lo que aumentaba los costos y dificultaba las tentativas de aumento en los precios y la negociación

En 2003, prácticamente el mismo instrumento aplicado en 1999 volvió a utilizarse en el estado de São Paulo¹⁴ con participantes ligados a la dirección de hospitales, pero solamente en la región metropolitana y en hospitales públicos. En ese momento, 77% de los entrevistados ya conocían la implantación exitosa de iniciativas de calidad (casi 80% de ellas específicas de salud, que incluían desde programas de evaluación externa hasta programas internos de mejoría). La misma proporción afirmó haber implantado iniciativas de calidad y solamente 65% de ellos tenía menos de 3 años. El 80% de esos entrevistados dijeron que la alta dirección había seleccionado la iniciativa. Causa extrañeza el hecho de que más de 50% de esos dirigentes han afirmado que no hubo gastos asociados a la implantación.

En este caso, los resultados positivos mencionados con más frecuencia fueron el aumento de la satisfacción de los usuarios, la participación de los empleados, la responsabilización de los empleados, el aumento de la satisfacción de los mismos, la racionalización de los procesos, la mejora en los indicadores de eficiencia y la reducción de los costos. Apenas 11% de los hospitales con iniciativas de calidad refirieron resultados negativos, que fueron básicamente el aumento de los conflictos internos y la dificultad de sensibilizar a los órganos gubernamentales superiores para algunos problemas de los hospitales.

Cincuenta por ciento del 23% donde no había iniciativas de calidad implantadas afirmó que la posibilidad de implantación aún no se discutía. Para la otra mitad, el proceso estaba en discusión. Las justificaciones para la no implantación fueron, por un lado, la falta de recursos y el alto costo de implantación y, por otro, la inadecuación del sistema al hospital y las peculiaridades del sector salud, que tendrían conflictos con los conceptos de sistemas de calidad.

ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HOY EN BRASIL

La ONA hoy en día se define como una sociedad civil sin finalidad económica, formalmente reconocida por el Ministerio de Salud y por la ANVISA. Asume entre sus funciones la coordinación del Sistema Brasileño de Acreditación y tiene entre sus objetos de actuación a los hospitales, laboratorios clínicos, servicios de imagen y de hepatología, además de que comienza a prepararse

para entrar en unidades de terapia renal sustitutiva. Forman parte de esas actividades de coordinación la definición de la evaluación sistemática que se va a emplear, la elaboración de estándares de calidad y la capacitación de facilitadores y de multiplicadores.

Desde 1999 cambió la forma de las entidades acreditadoras autorizadas. Dejaron de trabajar con el instrumento de la ONA o el CBA y otra organización: el Control de Calidad Hospitalaria, también específico del área de salud. De éstas, más ligadas al área de salud, se mantuvieron el IPASS (Instituto Paranaense de Acreditación de Servicios de Salud) y una organización de Rio Grande do Sul: el Instituto de Acreditación Hospitalaria (IAHCS). Entre las ligadas en un principio a otros modelos de calidad, permanecieron la Fundación Vanzolini y Qualisa (IQC). Se incorporaron recientemente DNV, Germanischer Lloyd Certification (GLC South América) a DICQ y la BSI Management Systems, ninguna con tradición en el área de salud, pero cada vez con mayor reconocimiento.¹⁵

Frente a sus nuevos rumbos de actuación, la ONA incluyó, como entidades asociadas, a la Sociedad Brasileña de Análisis Clínicos y al Colegio Brasileño de Radiología. Como su cuerpo técnico inicial tenía más vocación y conocimientos hacia el área hospitalaria, la ONA empezó a desarrollar convenios para capacitación con la Sociedad Brasileña de Nefrología, con la Sociedad Brasileña de Hepatología y Hemoterapia, y con dos empresas: Control Lab y MV Sistemas. Asociarse a sociedades de especialidades, así como tener otras en su consejo, aumenta su legitimidad en la actividad. Como la ONA alega que las visitas de acreditación no son suficientes para su mantenimiento, recibe el apoyo de dos organizaciones patrocinadoras: MVSistemas y USI-SALUD asistencia a la salud.

La ONA ha trabajado con eventos de formación de personal y de educación continua en el área de calidad y acreditación, así como participado en congresos. En el 2005 realizó un evento internacional junto a una feria internacional, para el cual tuvo diversos invitados internacionales, algunos vinculados a agencias acreditadoras internacionales de Canadá y Argentina, entre otros países. En verdad, esta estrategia es la misma adoptada hace algunos años por el CBA,¹⁶ que continua desarrollando eventos internacionales, en los cuales, últimamente, ha estrechado su vinculación institucional con la JCI.

Al paso de los años, el CBA ha tenido vínculos informales más frecuentes con el Ministerio de Salud, principalmente con el área responsable de servicios de salud. Con mayor o menor vínculo, ninguna de las entidades acreditadoras logró hasta el momento dar carácter obligatorio a la acreditación o garantizar remuneración diferenciada para quien la obtuvo.

Dadas las características del país, un proceso de acreditación sale caro, sobre todo por la concentración de las acreditadoras y de los evaluadores en el eje Sur-Sudeste. Así, el CBA, modelo JCI, de cerca de 7 000 hospitales existentes en Brasil, tiene 5 acreditados. Uno de ellos, el hospital de São Paulo, el primer acreditado por JCI en el mundo. Además de éste, hay un servicio público, en Río de Janeiro, un privado en São Paulo, un privado en Rio Grande do Sul y una clínica en Bahía (por lo tanto, de los cinco, cuatro en el eje Sur-Sudeste y una clínica en el noreste). Lo mismo sucede con los servicios acreditados por la ONA, que aún no llegan a 60 en el país. De éstos, 47% son privados con finalidad lucrativa, 32% privados sin finalidad lucrativa, 18% públicos y 3% militares. Su distribución por estado muestra que 61% están en el de São Paulo, 13% en Rio Grande do Sul, 8% en Minas Gerais y 5% en Paraná (por lo tanto, 87% en el eje Sur-Sudeste). Ceará y Distrito Federal también tienen 5% cada uno (lo que trae al escenario a las regiones noreste y centro, aunque con un número muy reducido de servicios). Hasta mediados del segundo semestre de 2005, la región norte no tenía ningún hospital acreditado.

La ISO continua siendo aplicada en servicios de salud, aunque la versión más reciente, 2000, permite que se certifiquen apenas unas partes de la organización. Asimismo, está lejos de ser específica para el sector, enfatizando aspectos de gestión. Lo mismo sucede con el PNC, que tiene como única organización hospitalaria premiada un hospital filantrópico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (estado que proporcionalmente ha demostrado gran empeño en la evaluación externa de sus servicios de salud y que tiene representantes en todos los modelos). El PNGS, versión simplificada de PNC, ha sido buscado por una serie de clínicas y hospitales, aunque es un modelo que también enfatiza la gestión.

Los dos instrumentos, de la ONA y del CBA, han sido modificados con el correr del tiempo. El CBA ha mantenido sus orientaciones técnicas y la ONA redujo su búsqueda por amplitud de consultas. Se limita a la consulta pública, que consiste en dejar en el sitio algunos asuntos, abiertos a opiniones de los interesados, que tengan conocimiento de la dirección y de la consulta pública. La gran diferencia entre ellos es que el instrumento de la ONA está cada vez más orientado a aspectos de gestión, en cuanto que el del CBA mantiene una de las características de la Joint Commission: tener la asistencia al paciente como uno de los aspectos primordiales.

Un punto favorable al desarrollo del proceso de acreditación en el país es que los hospitales privados –con y sin finalidad lucrativa– de mejor reputación se organizaron en una asociación, llamada Asociación Nacional de Hospitales Privados,¹⁷ que funciona como un actor o como un grupo de presión en el sentido de mejorar contratos comerciales y negociaciones con las

operadoras. Uno de los criterios obligatorios para afiliarse a esta asociación es que el hospital presente evidencias de que está buscando (o ya tuvo) un certificado de alguna evaluadora externa, independiente del modelo. Esto ya se reflejó en movimientos junto a ambas acreditadoras (y/o sus representantes), además de funcionar como divulgación hacia los demás hospitales, que con frecuencia ven a los afiliados de esa asociación como ejemplos a seguir. La propia ANAHP trabaja actualmente con el concepto de premio de excelencia.

Por otro lado, se presenta una serie de dificultades para la difusión del proceso, que continúa limitado. Una de ellas, que se percibe fácilmente, es el desconocimiento de la acreditación, de lo que significa y de su utilidad. Con mucha frecuencia, quien lleva las novedades sobre el proceso para los hospitales y demás servicios son los profesionales, técnicos y administrativos, expuestos a él en situaciones de práctica o educación continua o hasta en juntas de trabajo. No necesariamente la alta dirección tiene las mismas oportunidades o los mismos estímulos y acaba sin interés o sin participar. El conocimiento y el sentido común muestran que sin la firme determinación de la alta dirección no habrá recursos ni disponibilidad de tiempo y, mucho menos, la priorización para implantar este tipo de proceso.

La alta dirección puede proporcionar recursos y viabilidad para la capacitación del cuerpo funcional y la disponibilidad de la inversión, porque, reconocidos o no, con la acreditación habrá aumento de costos para alcanzar los estándares, para capacitar a los empleados o incluso para pagar a la acreditadora. Otro factor que suele influir en el inicio del proceso es el tiempo de servicio de la mayoría de las instalaciones físicas, sobre todo en hospitales públicos. En todos los casos, el no cumplimiento de las recomendaciones de la vigilancia sanitaria, de las normas e instalaciones hospitalarias e incluso de seguridad, por parte del cuerpo de bomberos, casi siempre resultan al evaluar (negativamente) las plantas físicas.

En general, algunas áreas organizacionales han mostrado más fallas cuando se observan a la luz de todo tipo de criterios de acreditación. Una de las áreas donde se concentra buena parte de problemas e inseguridad de los servicios es la de sistemas de información, desde las fichas de los pacientes hasta los indicadores que se utilizan para la evaluación, tanto de la asistencia como de la gestión. Otra falla reiterada, que llama la atención por tratarse de un incumplimiento de determinación legal, se refiere al funcionamiento de comisiones, inclusive la más que conocida y tradicional Comisión de Control de Infección Hospitalaria. Su existencia, como es obligatoria, aparece con frecuencia. Sin embargo, cuando algún evaluador intenta verificar su funcionamiento real y efectivo, se encuentra con un órgano evidentemente creado para dar respuesta a una norma. Lo mismo sucede con relación a otras diversas co-

misiones. Los gestores de hospitales en el país no acostumbran aún tener conocimiento de gestión y organización de procesos, lo que, por lo tanto, se constituye en otro punto de desconsideración.

Asimismo, la organización del cuerpo clínico y de enfermería, que al final son los responsables de los procesos críticos de los hospitales, frecuentemente dejan mucho que desear, al igual que la organización de los procesos asistenciales. Finalmente, también sorprende que tampoco se observen programas de educación regular y continua como actividad periódica y de rutina.

EL CONOCIMIENTO OBTENIDO

Uno de los cuestionamientos más frecuentes de todos los involucrados en el asunto, y de los que piensan en involucrarse, es hasta qué punto hay evidencias de que los programas de calidad, notoriamente los que ofrecen certificados de evaluación externa, garantizan mejoras en la calidad de los hospitales, tanto en la gestión como en la asistencia, lo que a fin de cuentas es la razón de ser de cualquier organización del sector.¹⁸

Un trabajo que se realizó en 2003¹⁹ buscó este tipo de evidencia en hospitales brasileños que se habían evaluado externamente y habían logrado algún mecanismo de reconocimiento. Se obtuvieron algunos datos que mostraban un cambio de discurso inicial, con la adopción de manera incontestable del vocabulario gerencial de la calidad y de la preocupación por el paciente, eventualmente más con su satisfacción que con los resultados del proceso asistencial. Se puede decir que mejoró el proceso gerencial, pues fue posible observar en casi todos los hospitales estandarización de los procesos, así como preocupación por la documentación y por la definición de rutinas. Estas características evidencian perfeccionamiento del proceso gerencial, ya que de esta forma cada acontecimiento no se ve como nuevo o inédito. Buena parte de los procesos fueron analizados y discutidos antes de describirse.

La cultura organizacional es otra característica que se modificada después de que la organización se somete a cualquier proceso de calidad, pues la cultura de la calidad tiene sus exigencias, y la primera es la percepción de que los errores suceden y necesitan evidenciarse y corregirse. El modelo tradicional muestra la tentativa de desconsiderar los errores y, cuando esto es imposible, atribuirlos a otro. En los hospitales de esa encuesta, fue posible observar en los discursos de los entrevistados, de diferentes categorías profesionales, que hubo cambio de hechos, por lo menos en las percepciones de las personas. No necesariamente lo anterior llevó al logro del trabajo en equipo; sin embargo, ésta continúa siendo un área que requiere mucha intervención. Los criterios de evaluación permiten que haya trabajo más individual hasta que se perfeccionen los procesos de comunicación.

La seguridad de manera general y la del paciente en particular no es un asunto común en Brasil, a diferencia de lo que se observa en organizaciones que se someten a procesos de evaluación externa de calidad. Durante mucho tiempo este tema fue considerado preocupación importada, comenzó a tratarse en el país a partir del inicio de los procesos contra hospitales y profesionales, y se volvió relevante dentro de la agenda internacional de la calidad.

Lo mismo puede decirse sobre el entrenamiento. Es parte de lo imaginario considerar que en las organizaciones de salud la educación continua es intrínseca a su actividad, y pensar en la calidad de los procesos y en la actualización permanente. Sin embargo, buena parte de la observación empírica en el área muestra que no es así, ya sea por la crisis o porque en los hospitales se piensa que la educación y la actualización son obligación de los trabajadores, que a su vez esperan que la organización les provea las oportunidades. Sin embargo, para lograr acreditación en los hospitales es necesario someter a los trabajadores a horas de entrenamiento sobre lo que es acreditación, lo que es calidad, y lo que es la organización donde trabajan, entre otras aspectos. En general, se observa en los hospitales la priorización de los trabajadores asistenciales para que participen en programas de entrenamiento. No obstante, la administración también requiere de actualización. Los programas de calidad requieren que los trabajadores de todas las áreas se capaciten en el tema. En lo referente a esta variable, se logró mostrar un aumento consistente de hasta siete veces más horas de entrenamiento, en promedio, por empleado, en hospitales con evaluación externa en relación con lo observado antes.

Los hospitales donde hay procesos de evaluación externa exitosos naturalmente tienen trabajadores más motivados para el trabajo. En realidad, según se observa en las respuestas, esto es algo esperado porque representa el reconocimiento de un esfuerzo. Es interesante que ocurra inclusive con prestadores de servicios como terceros, que a veces cambian su relación con la organización por someterse a procesos semejantes a los de los empleados regulares. Por otro lado, es innegable reconocer la motivación de los trabajadores de los hospitales para no ser ellos los responsables de la no obtención del certificado, lo que podría llevarlos a perder su empleo. De la misma forma, con o sin cambio en los indicadores de asistencia, los dirigentes hospitalarios creen que los hospitales "premiados" por evaluadores externos son reconocidos por los financiadores y usuarios como mejores. Esto no es necesariamente verdad, pues muchas veces en Brasil ni los financiadores ni los usuarios saben de los certificados. No obstante, en los hospitales acreditados las certificaciones están a la vista del público. Cuando hay dudas o cuando los hospitales se anuncian en la prensa, acostumbran presentar la certificación como parte de sus credenciales. En promedio, se verifica que los empleados de hospitales acreditados acostumbran referirse a este hecho.

Finalmente, se puede hablar del enfoque centrado en el paciente como una de las características que deberían valorarse más en los procesos de acreditación. En los hospitales brasileños estudiados fue posible verificar, de manera categórica, apenas un indicador dedicado a pacientes que mostró cambios y, además, enfocado en procesos, porque los sistemas de información utilizados no están diseñados para comparar *case mix* antes y después, condición que podría maquillar los resultados. El proceso en discusión, que ocurrió en un hospital dedicado a enfermedades oncológicas, mostró reducción en los tiempos entre el primer encuentro con el hospital y la primera medida terapéutica, ya fuera la realización de una cirugía, de una quimioterapia y/o de una radioterapia. Ninguna de esas medidas de tiempo garantiza un mejor resultado, pero seguramente habla a favor de la mejora en el acceso, uno de los principios del SUS.

NO HAY CONCLUSIONES DURANTE EL PROCESO

Intentando mostrar los posibles caminos para la acreditación en Brasil a partir de la segunda mitad de la primera década del siglo XXI, se ve que no se trata de un proceso conocido nacionalmente. Incluso debe considerarse que no es del interés de la mayoría de los hospitales o servicios de salud del país, si se observa el bajísimo número de hospitales involucrados con la idea en los cerca de 15 años de historia del movimiento de acreditación.

Algunos financiadores de la asistencia médica lentamente empezaron a privilegiar servicios privados acreditados. Asociaciones de servicios empiezan a exigir a sus futuros miembros compromisos en ese sentido, aunque aún no se pueda decir que de hecho los resultados de la asistencia hayan mejorado desde el inicio del proceso.

El gobierno, por intermedio del Ministerio de Salud, demostró interés en iniciativas de calidad, por lo menos durante los 15 años del proceso aquí descrito. Esto incluyó la creación de un cargo con esta denominación, al inicio de los años noventa, así como de sociedades con diferentes entidades y discursos diversos sobre evaluación y mejoría de servicios. Se desarrollaron diferentes modalidades de proyectos. Luego del ya referido programa Reforsus, el gobierno actual diseñó un nuevo proyecto, de nombre Qualisus, dedicado también al perfeccionamiento y a la calidad de los servicios de salud, el cual trabaja con el diseño de una serie de actividades, algunas de las cuales se asemejan a las del programa anterior. Hasta el momento, Qualisus no explicitó las actividades de acreditación. Las actividades de evaluación de hospitales y evaluación por el usuario prácticamente desconsideraron por igual las anteriormente diseñadas, con lo que se repitieron prácticas tradicionales y se

perdieron esfuerzos ya iniciados. Llama la atención el hecho de que algunos de los técnicos que participaron antes también lo hagan en la actualidad.

Por lo tanto, no se logra percibir en qué dirección camina el Ministerio, qué tipo de iniciativa le interesa priorizar. En un país con la heterogeneidad de Brasil, cuya legislación atribuye al nivel central/federal la definición de normas, algunos esperan de ese órgano orientación y casi el camino que debe seguirse. Estas orientaciones podrían traducirse en definición de prioridades, facilidades para la obtención de financiamientos e incluso para la formación de profesionales. Normalmente, antes de tomar cualquier decisión tal vez valga la pena evaluar de hecho los esfuerzos ya emprendidos. Su coexistencia, en este momento, refleja una saludable diversidad, pero debe haber algunos que no muestran resultados en la utilización de los tan escasos recursos. Brasil no tiene, en el área de salud, el hábito de dejar al mercado decidir, aunque sea esta la manera por la cual se están conduciendo, aparentemente, las actividades de evaluación externa: hacia el mercado, remuneradas por el mercado, esperando algún retorno del mercado. En el ámbito del SUS, ni el Ministerio ni las secretarías estatales y municipales están valorando hospitales que se someten a evaluaciones externas. Hasta el momento, se verifica el privilegio a acciones de perfeccionamiento interno de calidad, bajo denominaciones como humanización o atención, entre otras. Es innegable la necesidad de este tipo de procedimiento y, en rigor, aún se requiere decidir si la prioridad serán estos programas o los que permitirán su comparabilidad.

Cabe, por lo tanto, preguntar a quién interesan estas iniciativas. Seguramente al gobierno en sus diversos niveles y en sus diferentes papeles (de financiador, regulador, prestador, afianzador de la calidad, entre otros). También a los usuarios directos y a los ciudadanos. Para los financiadores privados, los dirigentes, los profesionales de salud, aparentemente sería fácil imaginar que tuviesen sentido. Sin embargo, si el proceso interesa a tantos, prácticamente a todos, ¿por qué no se concreta? ¿Será posible descubrir quién se opone a él o cuáles son los obstáculos que aún no se perciben?

Referencias

1. Brasil – Constitución federal, 1988.
2. Arretche M. Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização, Río de Janeiro: Revan, São Paulo: Fapesp. 2000.
3. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2005). Datasus, 2002, disponible en <http://cnes.datasus.gov.br>

4. ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2005). disponível em www.ans.gov.br
5. Donabedian A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. New York: Oxford University Press, 2003.
6. Worthen BR; Sanders JR; Fitzpatrick JL Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.
7. Kaplan RS, Norton DP. Organização Orientada para Estratégia: Como as Empresas que adotam o Balance Scorecard prosperam no novo ambiente de negócio. Rio de Janeiro: Campos, 2000.
8. Meliones, J.N. *et al.* No mission, no margin: it's that simple. *Journal of Health Care Finance*, 21-9, Spring 2001.
9. Scrivens, E. Accreditation – Protecting the Professional or the Consumer? Buckingham: Open University Press, 1995.
10. Schiesari LMC. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros. São Paulo, 2003. Tesis de doctorado, São Paulo, FMUSP, 2003.
11. Novaes HM, JM Paganini. Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/HSS/94.
12. Malik AM, Teles JP. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas* 2001; 41 (3): 51-9.
13. Martelotte MC. Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar: Sua influência no credenciamento de hospitais em operadoras de planos de saúde, Rio de Janeiro, 2003. Dissertação de Mestrado – FGV, EBAPE.
14. Malik AM, E Nicoletti MX. Qualidade em hospitais públicos no Estado de São Paulo. FGV-EAESP/CNPQ, Relatório PIBIC, 2004.
15. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em www.ona.org.br
16. Consórcio Brasileiro De Acreditação (2005). Disponível em www.cbacred.org.br
17. Associação Nacional De Hospitais Privados. Disponível em www.anahp.org.br
18. Berwick, DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care* 2003, 41(1) Supplement: I-30-38.
19. Schiesari LMC. Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros. São Paulo, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: FMUSP, 2003.

IMPACTO DE LA CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y LA FORMACIÓN EN SALUD EN MÉXICO

OFELIA POBLANO, ENRIQUE RUELAS, OCTAVIO CASTILLO

¿QUÉ EVIDENCIAS SE NECESITAN PARA DOCUMENTAR LA MEJORA
DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN
DE LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD?

A lo largo de este libro se ha realizado una extensa revisión de los modelos de evaluación externa imperantes, analizando sus ventajas y desventajas, derivadas en su mayoría de la variabilidad en los contenidos de los criterios o estándares, así como de la falta de estandarización en los procesos y en la forma de calificarlos. También se ha discutido la influencia de los diferentes intereses y objetivos cuando la acreditación o certificación es pública, privada o mixta; obligatoria o voluntaria; subsidiada o pagada por las propias organizaciones; cuando hace públicos los resultados o los mantiene confidenciales.

La coexistencia de estrategias diversas de evaluación externa, acreditación, ISO o con los modelos de excelencia, puede generar sinergias, pero también en ocasiones conflictos cuando no trabajan de forma coordinada hacia la calidad mostrada en el producto final, como suele ocurrir cuando a través de ISO se documentan procesos, pero no se busca la mejora de los mismos. Otros riesgos señalados son suplir esfuerzos regulatorios a través de la acreditación y la aparente inconsistencia entre los objetivos de la evaluación externa y la interna. Igualmente se han mencionado los esfuerzos, específicamente de la International Society for Quality in Health Care, a través de la iniciativa ALPHA para consolidar y estandarizar los mecanismos de acreditación a nivel internacional.

En cuanto al inicio de la evaluación externa, se han reseñado básicamente dos escenarios, cuando aparece a instancias de las autoridades de salud y cuando se introduce al mercado a través de agencias privadas. En el primer caso, lo común es que no exista, previo a la acreditación o certificación, trabajo sistemático en mejora de la calidad en las instituciones, y aun cuando se implante como voluntario, suele estar influido por presiones de tipo político. Por otro lado, cuando se realiza a través de agencias privadas, las organizaciones pueden elegir el momento idóneo para solicitar dicha eva-

luación. Para ello, es necesario conocer los modelos, los objetivos de cada uno de ellos y seleccionar, de acuerdo con el objetivo que la organización se plantee, el modelo y el momento adecuado para iniciarlos, aprovechando las sinergias que ofrecen. También se ha referido cómo en algunos países europeos la acreditación aparece después de haber realizado evaluaciones internas de la calidad y trabajado durante años en programas derivados de esa medición basal, e incluso como en los modelos de excelencia se recomienda realizar dos o tres autoevaluaciones antes de realizar una externa.

Los resultados de las evaluaciones analizados en forma nacional, permiten conocer cuales son los estándares no cumplidos, por lo que, en su mayoría, estos resultados pueden usarse como una herramienta para la detección de necesidades y establecer los planes de fortalecimiento a las instituciones públicas. Señalan también en dónde se encuentran las mejores prácticas, y si la información es abierta, es posible hacer benchmarking, con lo que las demás organizaciones podrían beneficiarse.

El lector ha podido conocer algunas de las experiencias latinoamericanas e incluso, en opinión de los autores de dichos capítulos, el análisis de los factores que han influido positiva o negativamente en su implantación y su grado de avance. Además, se han descrito y analizado las diferentes estrategias que se han desarrollado en México –la primera con más de 50 años de historia– alrededor de la necesidad de verificar la calidad de la atención médica y a la salud. Esto es, la evaluación por pares a través de la certificación de médicos especialistas y médicos generales, la acreditación de escuelas y facultades de medicina, la certificación de establecimientos de atención médica y finalmente la verificación de las condiciones de la atención preventiva y curativa incluidas en el seguro popular presentan un gran mosaico de experiencias en la búsqueda de la calidad en salud.

Ahora, lo relevante es preguntarnos, ¿estos esfuerzos han rendido frutos? ¿Cómo saber cuál ha sido el impacto de la implantación de estas medidas? ¿Es posible identificar mejora en la calidad de la atención médica en México?

Para intentar contestar estas interrogantes, en un primer momento, recapitularemos en lo que ya se ha discutido en los capítulos previos en cuanto a evidencia de la mejora de la calidad, además de resumir un estudio realizado exclusivamente para tal demostración.

LA EVIDENCIA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN EXTERNA

La experiencia de Costa Rica, con alcance nacional para el sector público, nos ha dado claridad en cuanto al papel del Ministerio en el proceso, así como la

importancia de analizar el contexto geográfico, político y de la población beneficiada por la atención médica. Sus conclusiones insisten en el papel de la sociedad en el proceso, tanto en su papel de pacientes como de financiadores de un sistema de acreditación cuyos costos son cubiertos por el presupuesto público, además de mostrar que la acreditación fue útil como un diagnóstico de la estructura de sus hospitales, ya que su modelo no ha avanzado suficientemente en procesos y resultados. Colombia, congruente con su modelo de atención médica, ha implantado hace poco tiempo un sistema privado (financiado por la organización en proceso de acreditación), cuyos estándares son de proceso y de resultados, pero que tiene aún escasa penetración en el sistema de salud.

Las actividades de acreditación en Brasil, tanto públicas como privadas, tienen 15 años sin haber alcanzado un número de hospitales significativo dada la cantidad que existe de los mismos. La coexistencia de varios modelos de acreditación en ese país ofrece una amplia experiencia en dicho proceso y se ha logrado identificar con claridad que la mejora de la calidad es un esfuerzo interno de la institución de salud, no es producto de la evaluación externa. A la vez que se analiza la dificultad existente cuando se pretende hacer consenso entre los diferentes grupos de interés que caracterizan a las organizaciones de salud, no se ha logrado concretizar aun cuando la evaluación externa ofrece beneficios para todos los actores: ministerio, profesionales de la salud, sociedad, empresas privadas.

En México, el programa de certificación se inició, sin que las organizaciones tuvieran establecidos sus programas de mejora. En general hubo desconocimiento, principalmente de los directivos, del objetivo de la certificación, y fue hasta la segunda etapa cuando se va clarificando cuál es el propósito de la misma. Si bien la cantidad de hospitales que se ha evaluado es muy grande, los resultados referidos en el capítulo correspondiente no muestran de forma concluyente que los hospitales hayan alcanzado mejorar la calidad de la atención que ofrecen.

Actualmente se ha logrado identificar cuáles son las áreas donde las instituciones hospitalarias tienen mayores problemas estructurales y en cuáles procesos falta mucho trabajo por realizar. Igualmente el componente de resultados, a través de indicadores de calidad hospitalaria, está tan poco desarrollado que no aporta información que pueda ser utilizada como evidencia de la mejora. Las evaluaciones realizadas en la fase de monitoria anual y certificación muestran que algunas organizaciones avanzan en su cumplimiento de los criterios y otras solo se mantienen o incluso disminuyen su calificación, hecho que apunta a la conclusión de que se requiere algo más que el proceso de certificación para avanzar en la mejora.

Sin embargo, el modelo se utilizó como una estrategia de introducción del concepto y acciones a favor de la calidad, por lo que habría cumplido su primer objetivo. Si como resultado de la evaluación de la certificación, cada institución conociera sus oportunidades de mejora y estableciera programas para su abordaje, entonces el programa cumple con uno de los objetivos de la acreditación, que es el de educación y conocimiento de la calidad en las instituciones.

Por otro lado, en la escasa evidencia publicada, sobresale el documento denominado *The impact of accreditation on the quality of hospital care*,* de COHSASA, que es la instancia acreditadora en Sudáfrica. Es el primer estudio diseñado ex profeso para demostrar el impacto de la acreditación en la calidad de la atención. Se utilizó un ensayo clínico controlado para evaluar tanto las mejoras en proceso como en resultados, teniendo como base los estándares de COHSASA en la organización y ocho indicadores de calidad desarrollados por un equipo independiente de investigadores. Los indicadores de calidad evaluados fueron: percepción de las enfermeras, satisfacción del paciente, educación médica para el paciente, expedientes clínicos, accesibilidad y cumplimiento, notas quirúrgicas, rotulado del inventario de medicamentos y sanidad hospitalaria.

Se contó con una muestra aleatorizada y estratificada por número de camas: 10 hospitales control, en los cuales únicamente se realizaron dos mediciones, la inicial y la de verificación a los 14 meses; y 10 hospitales caso, donde se realizó la medición inicial, se trabajó en los estándares de la certificación por 16 meses y se volvió a evaluar. La intervención fue definida como el ingreso al proceso de acreditación. Esto es, los hospitales caso se prepararon para la misma y los controles no. La mejora observada en los estándares de la acreditación en los hospitales con intervención fue de 48 a 78%, mientras que los hospitales control mantuvieron el mismo porcentaje, 43. Sin embargo, en los indicadores de calidad hubo cambios marginales. El único indicador que registró mejoría, no significativa, fue la percepción de calidad en el personal de enfermería. Además, se señala que durante el periodo de estudio solo uno de los hospitales con intervención alcanzó la acreditación y uno más poco tiempo después de concluido el estudio.

Una de las conclusiones del análisis de los resultados que presenta COHSASA es que el programa de acreditación pudo ser altamente efectivo

* *The impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa.* COHSASA, 2003.

en cambiar estructura, procedimientos administrativos y organizacionales, pero no fue efectivo en mejorar los indicadores de calidad. En especial se explica que la conducta de los médicos es notoriamente difícil de cambiar, hecho que se ha informado anteriormente en diversas publicaciones, específicamente en el trabajo clínico, que es el área más difícil de mejorar.*

La evidencia muestra entonces que la evaluación externa, a través de cualquiera de sus modelos, parece incidir positivamente en la organización, al menos por un tiempo, al modificar estructura y procesos administrativos, así como la documentación de los mismos. No obstante, no es concluyente la demostración de mejores resultados a través de mejora de la calidad de la atención y seguridad para los pacientes.

Los contenidos de los estándares utilizados no parecen estar dirigidos a alcanzar una mejora que pueda ser medible a través del impacto en la calidad de la atención y menos aún en la salud. ¿Qué hacer entonces para generar esta evidencia? ¿Es posible utilizar los resultados de la acreditación como una aproximación a la evaluación de la calidad?

La fundación Avedis Donabedian de España, de manera conjunta con otros centros de estudio e investigación europeos especializados en calidad de la atención médica, está iniciando un proyecto de investigación que tendrá una duración de tres años. El objetivo principal es valorar las estrategias de calidad que cada país sigue y su impacto en la atención médica.

En la actualidad ni los ciudadanos ni los gobiernos conocen cuál es el nivel de calidad que cada institución de salud, pública o privada, ofrece a sus usuarios, lo que se conoce son aproximaciones a la calidad, con base en la definición de calidad y la forma de evaluación utilizada para ello. Entre los mecanismos o estrategias para conocer la calidad, se encuentran los resultados de la aplicación de la acreditación, de las guías de práctica clínica, de los indicadores de calidad y del nivel de satisfacción de los pacientes, con los que se cuenta en la Unión Europea.

En otros países, entre ellos los Estados Unidos y Australia, la implantación de la monitoria de la calidad a través de indicadores hospitalarios, de atención ambulatoria e incluso comunitarios, es el resultado de la falta de evidencia de la mejora de la calidad en las instituciones de atención médica bajo el modelo que iniciaron hace más de 50 años. De hecho, a pesar de la introducción del sistema ORYX hace varios años, aún se encuentran en la búsqueda de los indi-

* Duckett, SJ. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Social Sciences and medicine*. 1983;17(28):1573-79.

cadorez que puedan demostrar mejora de la calidad de la atención, tanto clínica como en la percepción del usuario.

La construcción de la evidencia se dirige a obtener información, que sea producto de las acciones directas de la atención médica y muestre los cambios en la salud de la población. Para ello, será necesario realizar cambios, seguramente graduales, que redefinan, por lo menos en México y otros países de Latinoamérica el alcance de la evaluación externa como estrategia para la mejora de la calidad.

Finalmente, hay que reconocer que la certificación en México, si bien ha ofrecido las ventajas de guiar a las instituciones de salud al desarrollo de la organización, al hacer explícitos los requisitos mínimos para ello y haber estimulado la autoevaluación, también ha generado la percepción de que los criterios son un techo y no la base de la cual se debe partir, además de observarse claramente un efecto espasmódico en la calidad en lugar de la continuidad sistemática de la misma.

A modo de propuesta para México consideramos que algunos de los rubros a reflexionar en la búsqueda de la demostración de la mejora son los siguientes:

- Los estándares de proceso tendrán que ser explícitos en la demostración de los ciclos de mejora, cuya metodología y registros puedan ser solicitados como requisito antes de considerar la visita de evaluación para la acreditación/certificación.
- Es necesario desarrollar nuevos estándares que se enfoquen a la evaluación de los resultados, para ello es indispensable la construcción e implantación de indicadores de calidad técnica clínica, que deban ser monitorizados de forma interna, para llegar posteriormente a la evaluación externa.
- Se requieren bases de datos que generen información para ser analizada, tanto por el propio CSG y la Comisión pertinente, como por las instituciones participantes en la certificación e investigadores.
- Los resultados de las evaluaciones deben ser públicos, para lo que será necesario realizar acciones de educación de la calidad de la atención a nivel de la población usuaria.
- Asimismo, las autoridades en salud podrían impulsar los modelos de evaluación externa, sin tener preferencia por ninguno de ellos, a fin de fomentar la búsqueda de la calidad bajo cualquier enfoque.

¿QUÉ EVIDENCIAS SE NECESITAN PARA DOCUMENTAR LA MEJORA
DE LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN MÉDICA A PARTIR
DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE FACULTADES
Y ESCUELAS DE MEDICINA?

No sería posible hablar sobre los cambios que produce la aplicación de una nueva herramienta sin tomar en cuenta la interacción de otros hechos que en forma simultánea son actuantes dentro del tejido social. Un primer momento en esta evaluación debe ser la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados en su origen y después tratar de interpretar qué hechos han actuado en forma antagónica, en forma sinérgica o en forma coyuntural.

La evolución de la sociedad mexicana y particularmente la educación y la salud se han visto enmarcadas en una etapa de crisis económica como resultado de los vaivenes políticos. En esta etapa acudimos a un cambio de era, desde muchos aspectos; la inserción del país en una economía global, el avance de la democratización de la vida política, el agotamiento de los esquemas de participación política a través de los partidos, la mayor participación de la sociedad civil a través de sus organizaciones, la participación exitosa de la mujer en el campo profesional, han sido factores en este cambio, que de alguna manera matizan una nueva realidad, la llegada de México al siglo XXI, donde el capital humano de los pueblos se enfrenta a una nueva realidad, donde la cultura adquirida por la historia particular de una nación se inserta en la historia universal para compartir el conocimiento de la humanidad. Sin embargo, ante esta expectativa, no solamente cargamos con nuestra rica tradición, también llevamos los rezagos que en muchos aspectos se hacen lacerantes, la pobreza extrema y la miseria madres de la inseguridad, los bajos índices de desarrollo, la pobre inversión en bienestar, etc. Deben ser un buen reto a vencer, si queremos transitar de ser un país subdesarrollado a un país con mejores expectativas de bienestar. La etapa de transición no solamente se da desde el punto de vista cultural, sino también desde otros aspectos más focales que son el reto inmediato: la transición epidemiológica, la transición etaria y la transición política.

Si el objeto de la organización social alrededor de una forma de gobierno es el bien común, debemos valorar el efecto de todas las acciones en indicadores de desarrollo en un contexto amplio, no solamente de tipo económico. La educación y la salud son dos campos que deben ser interpolados, así como también la producción intelectual y la exportación cultural que son otros valores que debemos de contextualizar.

Sobre la educación médica en particular

A quince años de haberse iniciado y a una década de aplicación del programa de Acreditación de la Educación Médica, tomamos una primera oportunidad de valorar el estado que guarda la Educación Médica Mexicana. Es indudable que han sucedido cambios; el primer gran cambio en la Educación Médica Mexicana ha sido la toma de conciencia de sus logros y limitaciones y la aceptación de la responsabilidad que tiene ante la sociedad.

En la última década del siglo XX, ha sido particularmente importante el papel que ha jugado la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, la AMFEM, quien retomó un liderazgo, que nadie le había quitado pero que sin embargo no había querido o no había podido ejercer. Se inició la vertebración de la educación alrededor del proyecto de Acreditación de los programas que ofertaban sus asociados. Es un proyecto visionario que encontró un terreno fértil, pero, sobre todo, se debe al trabajo fecundo de los actores de la educación médica. Fue un momento oportuno, cuando aún en la educación superior se estaban buscando las estrategias para cimentar un proyecto nacional de mejora de la calidad educativa, que hasta entonces solamente se había contentado con programas de medición cuantitativos pero no de evaluación de calidades. Este proceso tomado en relevo (por razones solamente de logística), por el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica desencadenó un movimiento por la calidad de la educación médica que ha sido el detonante de nuevos proyectos que de alguna manera están conformando el futuro de la medicina mexicana. Ha sido también un proyecto generoso, que ha permitido que los actores de la educación, desde sus propias organizaciones y gremios, se sumen a él, sin escatimar reconocimientos ni invadir responsabilidades. También, rompió con un paradigma, el que en alguna ocasión el doctor Guillermo Soberón* calificara como de los reclamos mutuos entre las instituciones educativas y las instituciones asistenciales y se estableciera una nueva etapa de colaboración que esquematiza Ruelas como la del ciclo virtuoso de la salud,** donde a un mejoramiento de la calidad de la educación corresponde un mejoramiento de la calidad asistencial, ya que médicos mejor formados darán una mejor atención. Y dado que los ambientes naturales de aprendizaje de la clínica son las instituciones asisten-

* Guillermo Soberón. Conferencia en Austin Texas. 28 de marzo-2003.

** Enrique Ruelas B. Conferencia ante la AMFEM, 2000.

ciales, la mejor asistencia se revertirá en una mejor educación de los estudiantes, convirtiendo así al acto médico en el acto educativo por antonomasia.

En las escuelas y facultades de medicina,* el mejoramiento en los sistemas de gestión ha sido fundamental para la identificación de un modelo educativo que permite la aplicación de distintos modelos pedagógicos y la conformación de estrategias de educación modernas y adecuadas a cada una de las regiones donde se desempeñan. La revisión curricular con la inclusión de programas enfocados en el estudiante y utilizando distintas estrategias educativas como el aprendizaje basado en problema, la práctica de la medicina basada en evidencias y los currícula enfocados al desarrollo de competencias profesionales son sólo algunos ejemplos de este cambio.

La flexibilidad de los currícula** permite la adecuación de los mismos al avance de la ciencia y la técnica. La atención a la medicina genómica, a la biología molecular, las ciencias fisiológicas, la oncología† y el énfasis en la adquisición de una visión bioética de los educandos, así como la utilización de los recursos tecnológicos como la simulación lógica y analógica, el acceso a bibliotecas digitales y el uso de robots y modelos como formas previas al aprendizaje clínico en los hospitales, son otros ejemplos del cambio.

Los maestros son un elemento fundamental en este nuevo enfoque de la educación médica: su actitud vocacional y los programas de capacitación docente les brindan la oportunidad de implementar las estrategias educativas.

Uno de los cambios más importantes es el cambio de actitud de la estructura universitaria a los programas de evaluación; el cambio cultural ha permitido el desarrollo de nuevos modelos de evaluación cuyo objetivo lejos de ser punitivo sirve al mejoramiento continuo de la operación cotidiana. No solamente los estudiantes son sometidos a evaluación; los maestros, los programas, las sedes de aprendizaje clínico, las sedes de servicio comunitario, los proyectos educativos, el desempeño de los egresados, su inserción profesional y sus logros académicos, son parte de esta nueva cultura. La evaluación por pares académicos, provenientes de toda la geografía del país y que es responsabilidad del COMAEM, propicia la credibilidad de los procesos.

Este es el panorama que el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, el COMAEM ha visualizado para garantizarle a la socie-

* Sistema Nacional de Educación Médica (SNEM), AMFEM. 2002.

** Taller sobre el currículo diseñado sobre la base de competencias profesionales, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla/AMFEM 2003.

† SNEM, AMFEM, reunión de San Luis Potosí, 2004.

dad que la educación médica que se imparte en el país es una educación de clase mundial; que se realiza con grandes esfuerzos, pero en el marco de la solidaridad y con un profundo humanismo que tradicionalmente ha caracterizado a la medicina mexicana; que sus escuelas y facultades trabajen con las tecnologías más avanzadas y con una genuina preocupación de hacer cada día mejor su labor formadora.

La educación médica es un proceso vivo, que debe continuamente adecuarse al entorno. En la medida que se mantengan los canales de comunicación entre los diferentes componentes de nuestro entramado social –las escuela y las sedes clínicas– y se mantenga una clara conciencia de que la razón de ser de nuestros subsistemas es el bien común de la sociedad –tanto el general como el particular–, estaremos en el camino de tener una educación médica más eficiente y un sistema de salud más eficaz.

Así pues, la acreditación y certificación, tanto en la formación médica como en la especialización y en la provisión de servicios a la salud, son sistemas no acabados y por lo tanto perfectibles. Los primeros surgieron de la sociedad civil, sin pretensiones regulatorias y con un excelente posicionamiento en el sector salud gracias al interés en la calidad para ofrecer cada día mejores resultados a la población.

El sistema diseñado para los establecimientos, si bien tampoco ha sido planteado con fines regulatorios, por ser operado desde la Secretaría de salud, es más susceptible a los cambios que acontecen cada sexenio. Una alternativa para prevenir los probables cambios sería el surgimiento de una política de la calidad explícita tanto en la formación como en la atención médica.

Cada uno de los actores interesados en el avance en la mejora de la calidad debe asumir su responsabilidad frente a la cada vez más demandante sociedad civil. La Secretaría de Salud, a través del CSG y la Subsecretaría de Innovación y Calidad, con apoyo firme a la implantación de modelos de excelencia y acreditación, las diferentes instituciones que a la fecha han contribuido en ello, las Academias de Medicina y de Cirugía, la AMFEM, el COMAEM y el personal de salud, siempre estarán en la búsqueda de impacto en sus acciones.

La obtención de un reconocimiento externo es el inicio para el desarrollo institucional. Los resultados obtenidos a la fecha son el principio del esfuerzo que aún está por venir.

**Certificación y acreditación en los servicios de salud.
Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica**
se terminó de imprimir en mayo de 2007.
El cuidado de la edición estuvo a cargo
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.

