

# Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006-2007

RESUMEN EJECUTIVO



Instituto Nacional  
de Salud Pública

SALUD



SECRETARÍA  
DE SALUD

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) se puso en marcha en el marco del Programa Nacional de Desarrollo para el periodo 2000-2006, que contempló la calidad como uno de los grandes retos del sexenio. La Cruzada se sustenta en las acciones articuladas entre los ámbitos federal y estatal con el propósito de ofrecer a los usuarios de los servicios de salud una atención que satisfaga sus expectativas, para lo cual se busca promover una cultura de calidad a través del sistema en su conjunto.

La evaluación que se hizo de este programa en el año 2007 tuvo como objetivo conocer los resultados de las acciones que se han implementado para lograr una mejor calidad en los servicios de salud y analizarlas en el contexto actual. Con ello se buscó aportar elementos a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud para realizar ajustes, así como buscar su continuidad en el marco del nuevo Sistema Integral de Calidad.

Para cubrir los objetivos planteados se recolectó información de fuentes primarias y secundarias en ocho entidades de la república: Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Estado de México, Guerrero, Sinaloa, Veracruz y Zacatecas. La información de fuentes primarias provino de tres niveles: personal de salud, usuarios y personal directivo.

De los resultados se destaca que entre el personal operativo hay variaciones en el grado de conocimiento de los componentes sobre la CNCSS y que la antigüedad laboral y la modalidad de contratación son factores asociados a un mayor conocimiento del programa.

La frecuente rotación del personal en los centros de salud provoca un escaso compromiso con la CNCSS; por ello es importante fomentar, estimular y reconocer la participación comunitaria y canalizarla hacia la mejora de la calidad de la atención en salud, así como incorporar la experiencia de los líderes estatales de calidad en el diseño de las futuras estrategias.



# **Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2006-2007**

RESUMEN ● EJECUTIVO

**Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud,  
2006-2007  
Resumen Ejecutivo**

Primera edición, 2008

D.R. Instituto Nacional de Salud Pública  
Avenida Universidad 655  
Colonia Santa María Ahuacatlán  
62508 Cuernavaca, Morelos, México  
[www.insp.mx](http://www.insp.mx)

ISBN:

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

**Coordinación general:** Gustavo H. Nigenda López

**Coordinación operativa:** Clara Juárez, José A. Ruiz

**Equipo de investigación:** María B. Duarte, Pastor Bonilla, Elizabeth Aguilar, Miguel Ángel González Block

**Asistentes de investigación:** Vanessa Cravioto, Patricia Gómez, Xóchitl Pérez, Nancy Mena.

El equipo de investigación agradece el apoyo recibido por parte de los responsables estatales de Calidad en los estados visitados para llevar a cabo las actividades de esta evaluación, así como la colaboración del personal operativo de los centros de salud y de los usuarios que participaron en los grupos focales.

# Contenido

---

Recomendaciones	5
<hr/>	
1. Introducción	7
1.1 Objetivos	7
1.2 Metodología	8
<hr/>	
2. Dimensiones de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los entrevistados	11
2.1 Calidad: mejor infraestructura	12
2.2 Calidad: un buen sistema de abasto de medicamentos	12
2.3 Calidad: menos tiempos de espera	13
2.4 Calidad: más y mejor personal de salud	13
2.5 Calidad: más información a los usuarios	14
2.6 Calidad: más capacitación al personal operativo	14
2.7 Calidad: mejor trato a los pacientes	15
2.8 Calidad: mejor trato al personal de salud	15
<hr/>	
3. Conocimientos generales sobre el programa	17
<hr/>	
4. Conocimientos específicos sobre los componentes del programa	19
4.1 Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad	19
4.2 Aval Ciudadano	21
4.3 Acreditación	23
4.4 CALIDATEL	26
4.5 Comités Estatales de Calidad y Comité Nacional de Calidad	27
4.6 Sistema Nacional de Indicadores de Salud	29
4.7 Premio Nacional de Calidad	31

---

5. Conclusiones	33
Siglas	37

---

# Recomendaciones

## Aval ciudadano

- Crear la figura de aval ciudadano a nivel estatal e integrarla al Comité Estatal de Calidad (CEC).
- Estimular y reconocer la participación comunitaria y canalizarla hacia la mejora de la calidad de la atención en salud.
- Promover la participación ciudadana en la salud a través del Aval Ciudadano (AC) y las estrategias asociadas a esta figura.
- Capacitar a los Avaless Ciudadanos y diversificar su origen, de manera que sean representativos de los intereses de la comunidad en las unidades.

## Acuerdos de gestión

- Implementar innovaciones para transparentar el manejo presupuestal de los recursos que el nivel federal otorga a los estados.

## Comités interinstitucionales

- Monitorear los Comités Estatales de Calidad desde el nivel federal para garantizar que se realicen reuniones de manera periódica y los acuerdos que ahí se tomen tengan seguimiento.
- Incorporar la experiencia de los líderes estatales de calidad en el diseño de las futuras estrategias.

## Acreditación

- Mantener los niveles de exigencia de la acreditación y abrirla a la intervención de actores locales, manteniendo la rectoría del proceso bajo la responsabilidad de la federación.
- Garantizar la permanencia y pertenencia de los equipos de diagnóstico en las unidades acreditadas.

6 ■

- Entender la acreditación como una primera etapa de la garantía de calidad para posteriormente avanzar hacia la certificación de las unidades consideradas en la evaluación de la calidad técnica de la atención.
- Enfocar la acreditación más allá de los fondos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y orientarla hacia el objetivo de mejorar la calidad de la atención otorgada, particularmente en las unidades que sólo cuentan con un núcleo básico.
- El nivel federal debe proponer lineamientos para la planeación de las fases de mejoramiento que siguen a la etapa de acreditación; en tanto, el nivel estatal debe utilizarlos para guiar dicho proceso.
- Mejorar y ampliar la infraestructura de las unidades con mayores carencias.

## Premio Nacional de Calidad

- Ampliar las categorías, tipos y montos del Premio Nacional de Calidad (PNC). Informar a las unidades que no logran el reconocimiento y las causas de que eso haya ocurrido, así como fomentar el intercambio de experiencias.

## Recomendaciones generales

- Mejorar las estrategias de difusión de información del programa de calidad para que llegue hasta el nivel local.
- Dar seguimiento al abasto de insumos y medicamentos como referente primario del indicador de satisfacción de los usuarios del servicio.
- Incluir en la planeación anual la instrumentación de incentivos y reconocimientos para los profesionales de la salud, con el propósito de acrecentar la motivación.
- Diseñar e implementar estrategias apropiadas de incentivos a fin de reducir la rotación del personal a cargo de la gestión del Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) en los estados
- Fortalecer la cultura de la calidad a través de poner énfasis en la capacitación del personal en relación con el trato digno a los usuarios.
- Fomentar la coordinación entre los directivos del SPSS estatal y el área de calidad de los Servicios Estatales de Salud (SESA) para las acciones de ambos programas.
- Fomentar la retroalimentación de experiencias entre los niveles operativos de las entidades federativas.
- Normar los procesos para la ejecución de cada uno de los componentes del SICALIDAD con el fin de garantizar su cumplimiento.
- Difundir el reporte de evaluación a los estados en los temas de relevancia local.

# I. Introducción

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) se puso en marcha en el marco del Programa Nacional de Desarrollo para el periodo 2000-2006, que contempló la calidad como uno de los principales retos del sexenio. La Cruzada se sustenta en las acciones articuladas entre los niveles federal y estatal para entregar a los usuarios de los servicios de salud una atención que satisfaga sus expectativas, para lo cual se busca promover una cultura de calidad con rango institucional.

Por tratarse de la última evaluación externa de la Cruzada, se consideró necesario que el informe incluyera un reporte detallado del estado que guardan los componentes de la estrategia con el fin de aportar elementos de juicio para los ajustes del programa por parte de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE). La evaluación se dividió en los siguientes apartados:

- Percepción de las dimensiones de calidad desde la perspectiva de los informantes.
- Conocimientos generales de la CNCSS entre los diferentes informantes.
- Tratamiento por componente de la CNCSS:
  - ▶ funcionamiento
  - ▶ dificultades
  - ▶ fortalezas
  - ▶ logros
- Conclusiones y recomendaciones.

## I.1 Objetivos

El objetivo general de la evaluación fue revisar el avance de los componentes que constituyeron la CNCSS en 2006 y los primeros seis meses de 2007 con el propósito de conocer los resultados de las acciones que se han implementado para lograr una mejor calidad en los servicios de salud y analizarlas en el contexto actual, con el fin de buscar su continuidad en el marco del nuevo SICALIDAD.

Los objetivos específicos de evaluación abarcaron los siguientes rubros:

1. Aspecto técnico-financiero de los elementos de la CNCSS incluidos en las Reglas de Operación.
2. Funcionamiento de los Comités Estatales de Calidad (CEC).
3. Implementación de los Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad (AGMC).
4. Instrumentación del AC.
5. Procesos de acreditación en el marco del SPSS.

## 1.2 Metodología

Se procedió a recolectar información en dos etapas. Para el objetivo específico 1 se llevó a cabo una revisión de fuentes de información secundaria, lo que dio lugar a un análisis técnico-financiero (en este resumen sólo se incluye información parcial). Para los restantes objetivos específicos se diseñó un estudio transversal de corte cualitativo con recolección de información básicamente a partir de fuentes primarias. Los informantes fueron los usuarios de los servicios, los prestadores de los mismos y los tomadores de decisiones estatales y federales. Se estudiaron ocho estados que fueron seleccionados a partir de la información generada por las evaluaciones anteriores. En cada estado se visitaron dos centros de salud acreditados (uno rural y uno urbano) y dos no acreditados (uno rural y uno urbano). Para el análisis se aplicó una estrategia de triangulación de la información derivada de los distintos informantes.

La selección se basó en el grado de adopción de las estrategias de la CNCSS. Los estados seleccionados fueron:

- Alto desempeño: Sinaloa, Chihuahua y Zacatecas.
- Logros intermedios: Veracruz y Durango.
- Bajo desempeño: Baja California Sur, Estado de México y Guerrero.

Se integraron cuatro equipos de trabajo, cada uno compuesto por un investigador responsable y un asistente; los equipos sostuvieron sesiones de estandarización de conceptos y estudio detallado de las guías de entrevista diseñadas para ello. Cada equipo se ocupó de dos estados, en visitas con duración de una semana.

Las entrevistas a los diferentes informantes se complementaron con un ejercicio sistemático de observación no participante de todos los centros de salud visitados. Para el caso de los usuarios de los servicios de salud se realizaron 16 grupos focales que estuvieron conformados por un mínimo de cinco y un máximo de

13 usuarios, con edades entre 15 y 49 años. La diferenciación entre los centros de salud acreditados y los no acreditados fue un criterio base. En resumen, los instrumentos empleados fueron:

- a) Entrevistas con informantes clave.
- b) Grupos focales.
- c) Observación no participante.

Los informantes provinieron de tres niveles de toma de decisiones, tal como se muestra en el cuadro 1.

**Cuadro 1**  
**Tipo de informantes según su nivel de toma de decisiones**

Tipo informante	Nivel federal	Nivel estatal	Nivel municipal
Líderes nacionales de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Titular de la DGCES.</li> <li>■ Director de Acreditación.</li> <li>■ Responsable de la Dirección Adjunta de Calidad de la Atención.</li> </ul>		
Líderes estatales de Calidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Secretarios estatales de Salud.</li> <li>■ Responsables estatales de Calidad.</li> <li>■ Integrantes del CEC (en todos los casos fueron representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS).</li> </ul>	
Avales ciudadanos			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que fungen como avales en los ocho estados de la muestra y en centros de salud rurales y urbanos, acreditados y no acreditados.</li> </ul>
Enfermeras			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Enfermeras de los ocho estados de la muestra, en centros de salud rurales y urbanos, acreditados y no acreditados.</li> </ul>
Usuarios			<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Personas que habitualmente acuden para pedir consulta al centro de salud visitado.</li> </ul>

Se diseñaron guías de entrevista para cada uno de los tipos de informante y, en congruencia con los principios éticos establecidos en el Instituto Nacional de Salud Pública, cartas de consentimiento informado.

En total, la evaluación abarcó:

- Siete entrevistas con secretarios de salud estatales.
- Ocho entrevistas con responsables estatales de salud.
- Siete entrevistas con representantes del IMSS ante el CEC, más una entrevista con un representante del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en otro estado.
- Ocho entrevistas con AC: cuatro en centros de salud acreditados y cuatro en centros no acreditados.
- 14 entrevistas con enfermeras: seis en centros de salud urbanos (tres acreditados y tres no acreditados) y ocho en centros de salud rurales (cuatro acreditados y cuatro no acreditados).
- 16 reportes de observación no participante: ocho en centros de salud urbanos (cuatro acreditados y cuatro no acreditados) y ocho en centros de salud rurales (cuatro acreditados y cuatro no acreditados).
- 16 reportes de grupos focales con distribución similar a la de la observación no participante.

## 2. **Dimensiones de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva de los entrevistados**

**E**n el nivel federal existe la opinión de que la CNCSS ha logrado implantar una cultura de calidad entre el personal de salud. Si bien el avance no ha sido homogéneo, se han observado progresos, por ejemplo, en los modelos de cita previa y de atención al público, así como en la instrumentación de protocolos de servicio.

Entre los secretarios de salud estatales se percibe la opinión de que los niveles de pobreza y la falta de recursos económicos se encuentran entre los aspectos más problemáticos que impiden promover estrategias como la calidad de la atención. Sin embargo, señalan que los fondos que se han allegado los centros de salud a través de los AGMC constituyen estímulos al personal prestador de los servicios, que a su vez se convierten en difusores de la estrategia. En el mismo sentido, señalan a la estrategia de Trato Digno como elemento de estandarización de los servicios y procedimientos en el primer nivel de atención. Comparten la idea de reforzar la consulta en este nivel como estrategia para abatir la saturación de la demanda en los hospitales de segundo nivel, por medio de la contratación de más personal. Entre sus opiniones destacan las relativas a la revisión de los actuales programas de formación médica para incluir temas sobre calidad.

Los líderes estatales de calidad señalan la necesidad de darle continuidad a las estrategias de la CNCSS. Explican en parte el desigual desarrollo de los componentes de la Cruzada en los diferentes estados por el énfasis que año tras año pone el nivel central en diferentes componentes en particular, lo que genera el desplazamiento de los demás componentes a un segundo plano. Observan que las experiencias de éxito, como los reconocimientos recibidos en algunos estados por haberse hecho acreedores al PNC, han generado solicitudes de asesoría a los ganadores por parte de otras instituciones; por el contrario, no perciben el reconocimiento del nivel federal.

## 2.1 Calidad: mejor infraestructura

De acuerdo al testimonio de los funcionarios, la infraestructura con la que cuentan los centros de salud es determinante para otorgar un servicio de calidad. Dicha infraestructura se ha visto rebasada a partir del aumento de la demanda de los derechohabientes del SPSS, lo cual implica la necesidad de adecuarla.

En algunos casos, los centros de salud han buscado mejorar su infraestructura a través del proceso de acreditación. Sin embargo, entre las enfermeras y el personal operativo existe cierta reticencia, ya que si bien la acreditación es un indicador de calidad y cubre un requisito programático, no siempre redundan en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados. En su opinión, la acreditación apunta al mejoramiento, sobre todo en términos de infraestructura, pero por sí sola deja de lado elementos como el trato digno.

Entre las unidades no acreditadas, los problemas de infraestructura se relacionan con la falta de equipamiento y el desabasto de medicamento y materiales. Las formas de subsanar estas deficiencias pasan por la compra de los faltantes con recursos del personal, la aportación de cuotas de los usuarios, el trabajo de remodelación por parte del personal y de la comunidad, y las ayudas municipales. Esta situación destaca en las unidades rurales.

## 2.2 Calidad: un buen sistema de abasto de medicamentos

El abasto de medicamentos es uno de los temas de interés frecuente por parte de los usuarios de los servicios de salud, según se observó en todos los estados. El surtimiento de la receta asociada a la consulta y la atención recibida constituyen para ellos los indicadores de un servicio de calidad, aun cuando el sistema de abasto de medicamentos es competencia de los SESA y no está vinculado directamente con la CNCSS. El problema del desabasto es más común en áreas rurales, donde acarrea mayores costos que se asocian con la búsqueda del medicamento en los casos de emergencia, o bien con periodos de espera que se pueden prolongar durante meses. Este punto constituyó una queja recurrente en los grupos focales. Incluso las unidades que han sido beneficiadas con equipamiento e infraestructura no necesariamente cuentan con medicamentos y materiales de uso diario.

Dicho problema ha disminuido notablemente en las unidades acreditadas, en tanto éstas son apoyadas por el SPSS, sobre todo para la consulta relacionada con enfermedades crónico-degenerativas.

A la par de este tema, funcionarios estatales destacaron que muchas unidades no cuentan con capacidad para la realización de exámenes diagnósticos así como la falta de una política sectorial que obligue a la especificación de componentes activos en las recetas extendidas por los médicos, lo cual facilitaría el acceso a medicamentos genéricos.

## 2.3 Calidad: menos tiempos de espera

Se encontró que el tiempo que deben esperar los usuarios de los servicios de salud para recibir consulta es el elemento que produce la mayor cantidad de fricción entre éstos y el personal del centro de salud. De acuerdo con la información vertida en los grupos focales, el tiempo de espera puede llegar a ser hasta de cinco horas. Por ello, la disminución de este lapso constituye un parámetro de calidad fundamental en la percepción de los usuarios.

Ante el problema de los tiempos de espera largos, algunas unidades han instrumentado el sistema de citas previas en sustitución del sistema de fichas; sin embargo, el incremento de la demanda de consulta derivado de la atención del SPSS no ha permitido observar resultados en todos los casos. En algunas unidades rurales se ha previsto guardar turnos específicamente para los usuarios que realizan desplazamientos largos para llegar a la unidad.

## 2.4 Calidad: más personal de salud

El proceso de acreditación en el marco del SPSS prevé el incremento de los recursos humanos asignados a los centros de salud que aprueban dicho procedimiento. Sin embargo, esto no ha ocurrido así o no ha sido suficiente en todos los casos, señaladamente en el ámbito rural. Aunado a la de por sí limitada disponibilidad de recursos humanos, la demanda de los derechohabientes del SPSS ha terminado por desbordar la capacidad de atención, en detrimento de la calidad del servicio.

Resulta relevante dentro de este tema la percepción por parte del personal de enfermería de los “problemas motivacionales” en el desempeño de sus funciones, referidos a los bajos salarios. Estos problemas se expresan en ausentismo y

monotonía laboral, que no apoyan el desarrollo de un clima de trabajo apto para la atención de calidad a los pacientes.

## 2.5 Calidad: más y mejor información a los usuarios

Las enfermeras entrevistadas en Baja California Sur perciben el incremento de información que se da a los usuarios y al personal operativo como un efecto de la CNCSS. En este sentido, el personal de enfermería en Veracruz señaló el carácter central del AC como gestor de las inconformidades de los usuarios. Agregaron que derivado de la supervisión de la operación del SPSS y el programa Oportunidades, incluso en las unidades más remotas se está registrando una mejoría del servicio. La observación realizada a lo largo de esta evaluación corrobora el aumento de la información a los usuarios de los servicios de salud, tanto en términos de sus derechos, como en cuanto a las explicaciones clínicas de su atención.

El incremento de información, sobre todo de los derechos de los usuarios, sin embargo, ha generado fricciones con el personal, al grado que algunas quejas han llegado a los niveles estatal y federal. Por su parte, los integrantes de los grupos focales, aun cuando perciben un mejor trato y admiten que se les otorga mayor información, en algunos casos señalan la persistencia de la falta de información e incluso del maltrato.

## 2.6 Calidad: más capacitación al personal operativo

La capacitación del personal de los centros de salud resulta importante en la percepción del personal entrevistado, independientemente del puesto que ocupe. Los informantes hicieron énfasis en la relevancia de incluir al personal operativo en la capacitación de los programas de salud y en sus aspectos normativos. Desde la perspectiva del personal de enfermería, con frecuencia quienes asisten a la capacitación son solamente los funcionarios de mayor jerarquía de los centros de salud, quienes no tienen la costumbre de transferir la información al resto del personal.

Referente al tema de la calidad, sólo el personal de Zacatecas, Baja California Sur y Chihuahua reportó haber recibido capacitación específica en la materia; en otros casos, el tema se ha tratado periféricamente y en zonas como La Montaña de Guerrero su tratamiento ha sido inexistente. Derivado de esto, la información que el personal posee sobre las programas es inconsistente.

## 2.7 Calidad: mejor trato a los pacientes

En los grupos focales este tema fue el que motivó mayor participación. La información recolectada fue diversa y abarcó opiniones que van desde reconocer que existe un gran acercamiento con los médicos, hasta quejarse del maltrato permanente, sobre todo por parte de las enfermeras. A partir de los resultados de los grupos focales y de la observación no participante se puede considerar que el buen trato depende más de la personalidad de los prestadores del servicio que de un procedimiento estructurado institucionalmente, si bien parece tener relevancia también el tipo de contratación (base, eventual o municipal) del personal con el que se interactúa.

Cabe señalar que la opinión de los usuarios está determinada por un conjunto de elementos informativos de diversas fuentes. En ellas se cuentan las experiencias particulares para la valoración del servicio, el carácter gratuito de éste y las dificultades generadas por el padecimiento que el usuario busca atender. A este respecto, los centros de salud aplican encuestas de satisfacción entre los usuarios atendidos, las cuales son analizadas por el personal de salud pero no siempre dan lugar a la instrumentación de medidas para mejorar la calidad de la atención. Sin embargo existen experiencias positivas; por ejemplo, se puede mencionar la disminución de los tiempos de espera y la mejora del abasto de medicamentos en algunas unidades.

## 2.8 Calidad: mejor trato al personal de salud

El personal de enfermería se manifestó inconforme por lo que consideran maltrato de parte del personal médico, así como por las largas jornadas de trabajo y la falta de reconocimiento a su desempeño. Esta percepción se acentúa cuando la persona está contratada por tiempo definido y en particular en los casos en que no cuenta con las prestaciones y seguridad laboral. El personal de los centros de salud considera que el reconocimiento de su trabajo por parte de las autoridades y de los usuarios es nodal en el mejoramiento de la calidad de atención. En contraposición, existen centros de salud en los que la continuidad laboral permite una buena integración a la comunidad, como es el caso de la enfermera que dirige el centro de salud en Estancia de Ánimas, Zacatecas, que tiene 25 años trabajando en la unidad. Resta decir que estos casos no son comunes.

■ Cuadro 2  
**Percepción de los usuarios sobre el abasto de medicamentos y el trato recibido**

Estados	¿Le entregan los medicamentos en el centro de salud?			¿Cómo lo trata el personal médico?		
	Todos	Algunos	Ninguno	Bien	Regular	Mal
Baja California Sur		✓			✓	
Chihuahua			✓	✓		
Durango		✓		✓		
Estado de México		✓			✓	
Guerrero		✓		✓		
Sinaloa		✓		✓		
Veracruz		✓			✓	
Zacatecas		✓		✓		

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recabada en el trabajo de campo.

### 3. **Conocimientos generales sobre el programa**

**E**ntre los funcionarios entrevistados en el nivel federal destaca el punto de vista de uno de ellos, quien señaló que la CNCSS perdió su objetivo por el desigual desarrollo estatal de los componentes. En algunos estados sólo se priorizaron uno o dos componentes. Los secretarios estatales de salud, por su parte, opinaron que pese a las dificultades iniciales para arrancar el programa, actualmente se pueden apreciar resultados. A su vez, los líderes estatales de calidad perciben que la CNCSS se ha extendido en tanto que se le identifica y constituye un tema que se aborda de manera cotidiana en los centros de salud y entre los usuarios de los servicios.

La mayor parte de los entrevistados entre el personal operativo conoce la CNCSS desde el 2004 y percibe mejoras tanto en los servicios de atención como en las propias unidades derivadas del equipamiento y supervisión. Sin embargo, son pocos los que conocen en detalle los componentes de la Cruzada, incluido el personal médico directivo de los centros de salud. Una explicación de esta desinformación es la elevada rotación del personal en los centros de salud. El procedimiento de acreditación, que inscribe los centros de salud al SPS, ha creado grandes expectativas en tanto que constituye un medio para lograr el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y abasto de medicamentos. En un sentido similar, en los estados visitados se sabe que los AGMC y el PNC representan medios para allegar recursos necesarios a los centros de salud, los cuales serán destinados para mejorar la infraestructura y el equipamiento.

La resistencia al cambio entre el personal médico y paramédico ha sido uno de los principales problemas en la instrumentación de la CNCSS, y en algunos casos ha llegado a obstaculizar el seguimiento de los componentes, como ocurre en el Estado de México, donde el personal califica a la capacitación como deficiente. En el caso de las enfermeras el conocimiento de las estrategias se relaciona con la edad y la antigüedad laboral. Entre el personal operativo, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICA) y las actividades del CEC resultaron de difícil identificación; en cambio, el AC y el buzón de quejas fueron mejor identificados. Cabe agregar que el personal operativo de los centros de salud ocupa una parte importante de su tiempo en la preparación de carteles informativos que se colocan en los centros para ofrecer información a los usuarios.

La mayoría de los usuarios participantes en los grupos focales desconoce la CNCSS, aun cuando reconoce varios de sus componentes. Por ejemplo, en la mayor parte de los estados se ha procurado dar información sobre el buzón de quejas, su propósito y operación por parte del AC para incentivar su uso; sin embargo, el AC no está activo en todos los casos, y en otros, el contenido del buzón, si lo hay, se desconoce. Asimismo, en algunos grupos se señaló que no se conoce al AC ni se tiene noticia del levantamiento de las encuestas de satisfacción a los usuarios, y en otros se reconoce la importancia de su participación y las encuestas a usuarios han tenido efectos. En cualquier caso, se observó que los usuarios perciben un mayor acceso a la información y una mejoría de la calidad de la atención en los últimos años.

## 4.

# Conocimientos específicos sobre los componentes del programa

### 4.1 Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad

#### Descripción del proceso

Los AGMC son convenios para el financiamiento de proyectos de mejora de la calidad que se establecen entre la Secretaría de Salud (SSA), las Secretarías Estatales de Salud y las unidades de atención médica. Estos AGMC son propuestos por el personal de las unidades y se desarrollan con base en la convocatoria anual publicada por la DGCES. El proceso de selección se compone de tres fases: a) un filtro normativo determinado por las Reglas de Operación y la propia convocatoria; b) la evaluación de contenido, impacto y factibilidad de la propuesta, y la capacidad de financiamiento, y c) la preferencia por unidades que operan programas de carácter nacional en sus localidades. Los recursos otorgados se destinan obligatoriamente al proyecto presentado.

#### ■ Cuadro 3

#### Acuerdos de Gestión aprobados y montos de inversión en los ocho estados seleccionados, 2005-2007. Miles de pesos

Estado	2005		2006		2007	
	Acuerdos aprobados	Inversión	Aprobados	Inversión	Aprobados	Inversión
Baja California Sur	0	0	1	70	1	70
Chihuahua	42	3,030	62	4,580	4	310
Durango	0	0	32	2,390	10	820
México	8	620	34	2,130	16	1,210
Guerrero	6	600	5	410	5	380
Sinaloa	38	3,020	32	2,060	19	1,570
Veracruz	0	0	3	270	12	1,020
Zacatecas	49	3,610	24	1,520	21	1,620
Subtotal de ocho estados	143	10,880	193	13,430	88	7,000
Total nacional	340	26,500	406	31,064	223	18,190
Presupuesto nacional CNCSS		26,500		35,280		55,984.3

\*AGMC aprobados e inversión hasta septiembre de 2007.

Fuente: elaboración propia a partir de evaluaciones anteriores de la CNCSS realizadas por el CISS-INSP.

Siguiendo los criterios de selección de los estados evaluados (cuadro 2), se puede apreciar que Chihuahua, Sinaloa y Zacatecas, los de mayor adopción de las estrategias de acuerdo a las evaluaciones anteriores, destacaron por el elevado número de AGMC aprobados en 2005 y 2006. Durante 2007, Sinaloa y Zacatecas mantuvieron esa tendencia, dentro de la baja general de ese año, en tanto que Chihuahua observó un notable descenso.

Durango y Veracruz, los estados con desempeño intermedio, tuvieron participación en 2006. En 2007, mientras Veracruz creció, Durango decreció a una tercera parte del número logrado en 2006.

En el caso de los estados seleccionados por su baja adopción de estrategias, tanto Baja California Sur como Guerrero mantuvieron una participación marginal, mientras el Estado de México presentó un comportamiento irregular.

A partir de estos datos se puede concluir que estados como Sinaloa y Zacatecas mantendrán la tendencia de lograr mayor número de AGMC y con ello obtener más recursos financieros para el mejoramiento de sus unidades médicas. En cambio, Guerrero y Baja California Sur necesitarán más apoyo para obtener recursos. Del presupuesto asignado para 2007, según el Informe Técnico Financiero elaborado durante esta evaluación con datos proporcionados por la DGCEs, de los \$55,984,328 presupuestados para la CNCSS en 2007, se invirtió 33% en AGMC; 88% en 2006, y 100% en 2005. Pese a que 2007 fue el año en el que este programa tuvo el mayor presupuesto, también fue el año en el que se lograron menos acuerdos de gestión.

## **Funcionamiento**

En el ámbito federal se considera a los AGMC como mecanismos relevantes para la asignación de fondos presupuestales destinados a la mejora de la calidad; sin embargo, existe preocupación por la definición de los criterios de su validación. En el ámbito estatal, si bien se consideran insuficientes para cubrir las necesidades, se reconoce que además de incentivar el desempeño del personal de salud han adquirido significado en la elevación de los indicadores de calidad, y que su difusión ha incrementado el número de acciones tomadas a este respecto.

En los centros de salud tanto acreditados como no acreditados, los AGMC han permitido el mejoramiento de infraestructura, la adquisición de mobiliario, el equipamiento médico y administrativo, y el mejoramiento de procedimientos, lo que ha redundado en una mejor calidad de la atención que se presta a los usuarios. Cabe señalar que en algunos centros de salud no acreditados, el personal aseguró que no conocía los AGMC.

### **Dificultades**

La aprobación de los recursos de los AGMC implica el acatamiento de la normatividad sustentada por la SSA. De acuerdo con la opinión de un integrante del CEC en el Estado de México, esto genera resistencia por parte del personal en la medida que agrega más carga a sus tareas; si a esto se suma la insuficiencia de montos dedicados a la capacitación, se explica por qué no ha sido posible vencer la resistencia al cambio. En otros casos, el desconocimiento por parte del personal del centro y de los Avales Ciudadanos impide atender la convocatoria anual de la SSA, mientras que la falta de explicación sobre las causas del rechazo de los proyectos que no logran el premio, desincentiva la participación.

### **Fortalezas**

La instrumentación de los AGMC ha significado logros concretos de mejoramiento a la luz de diagnósticos de desempeño de las unidades. Este proceso estimula la continuidad de acciones y es percibido así por la población, que a su vez lo fortalece.

### **Logros**

Los fondos de los AGMC se han aplicado a la rehabilitación de la infraestructura de los centros de salud, la construcción de consultorios y su equipamiento, el servicio de la farmacia, así como la tecnificación y mejoramiento de los procedimientos que se llevan a cabo en las unidades. En ese sentido, en algunos casos los centros no acreditados han resultado sustanciales en el proceso de acreditación.

## 4.2 Aval Ciudadano

### **Formas de integración**

El AC es una estrategia para estimular la participación ciudadana en la CNCSS. Consiste en otorgar facultades a organizaciones o grupos con representación social para, por una parte, visitar las acciones por la calidad y el trato digno en las unidades, y por otra, validar la información generada al interior de las instituciones sobre la realidad percibida por los usuarios de los servicios.

En su mayoría, los AC son personas que no pertenecen al sector salud y asumen la tarea de manera voluntaria; participan en el monitoreo de las acciones de calidad y, como voceros de la sociedad, aportan sugerencia y opiniones. Las funciones asignadas a los AC son:

- Elaborar un plan anual de trabajo.
- Recopilar, procesar, analizar y hacer llegar la información obtenida a las instancias correspondientes.

- Dar seguimiento a los avances con respecto a los compromisos contraídos por los centros de salud.
- Promover la coordinación y comunicación entre los AC de la entidad.
- Difundir entre la ciudadanía la CNCSS y los Derechos Generales de los Pacientes.

### **Funcionamiento**

Los AC entrevistados identifican sus funciones como la aplicación periódica de un cuestionario sobre la satisfacción de los usuarios y su tratamiento con el directivo de la unidad; el sondeo de las quejas y opiniones de los usuarios; la detección de deficiencias en la atención médica, y las carencias de la unidad en infraestructura. En este sentido, destaca la diferencia entre esta percepción y las funciones asignadas originalmente a esta figura. Los alcances del desempeño del AC en los casos observados se refieren más al compromiso asumido individualmente por la persona que ocupa la posición, que a las funciones originales o las definiciones tomadas con el centro de salud. Así, se registró el caso de un AC que instaló, con sus propios medios, el buzón de quejas; en otro caso, el AC asumió la función de canal para solución de las quejas de los usuarios; en otro más, organizó el aporte de trabajo comunitario para el mejoramiento de la unidad.

En Baja California Sur y Sinaloa, el AC se eligió interinstitucionalmente; en los otros estados, la posición fue asignada por selección del personal operativo de la unidad. En los dos primeros casos, el AC aseguró que conocía las funciones asignadas; en los restantes, el Aval reconoció que conocía sólo parcialmente sus funciones.

### **Dificultades**

En su mayoría, los AC no han recibido la capacitación necesaria para tener una visión de conjunto de la CNCSS y la integración de su posición junto con los demás componentes; de ahí que conozcan de modo parcial sus funciones y, en algunos casos, al margen del conocimiento de la cruzada, lo que limita su potencial aportación.

Por otra parte, el personal de los centros de salud no ha acabado de aceptar la participación del AC, de lo que se deriva que la intervención de éste sea considerada frecuentemente como una intrusión.

### **Fortalezas**

A medida que las tareas desarrolladas por los AC han mostrado resultados que se manifiestan en la satisfacción de los usuarios de los servicios, esta figura ha ganado confianza y representatividad, convirtiéndose en un canal de comunicación entre los usuarios y el personal de salud que permite a unos y otros coadyuvar a

las acciones de calidad de los servicios. Además, la información generada por los AC a partir de las encuestas a los usuarios ha apoyado la evaluación continua de los servicios que otorgan las unidades.

### Logros

La integración en algunos estados de organizaciones ciudadanas, educativas y locales a la función del AC ha permitido potenciar la aportación en beneficio tanto de la comunidad como de los centros de salud.

#### Cuadro 4

#### Mecanismos de elección y funciones del Aval Ciudadano

Estados	¿Cómo fue electo el Aval Ciudadano?		¿Conoce cuáles son sus funciones básicas?		
	Por personal del sector de salud	Por acuerdo interinstitucional	Si	Parcialmente	No
Baja California Sur		✓	✓		
Chihuahua	✓			✓	
Durango	✓			✓	
Estado de México	✓			✓	
Guerrero	✓			✓	
Sinaloa		✓	✓		
Veracruz	✓			✓	
Zacatecas	✓			✓	

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los hallazgos en campo.

## 4.3. Acreditación

### Descripción del proceso

La acreditación es un proceso de auditoría de las condiciones de capacidad, seguridad y calidad de las instalaciones de prestación de los servicios de salud. El proceso se regula con las condiciones fijadas por la SSA a través del Manual para la Acreditación de la Capacidad, Seguridad y Calidad en Establecimientos Públicos para la Prestación de los Servicios de Salud, publicado por la DGCEs. Los aspectos que se consideran son técnicos, administrativos y de infraestructura. Las unidades solicitantes quedan acreditadas cuando cubren más de 90% de los requisitos, en cuyo caso se les extiende el dictamen con cobertura de dos años para el SPSS y tres para gastos catastróficos y quedan obligadas a iniciar el proceso de certificación. Cuando no logran cumplir 70% de los requisitos, son rechazadas, en cuyo caso entran a los programas de regularización con plazos perentorios para el mejoramiento.

La acreditación permite a las unidades de salud el acceso a recursos del SPS para mantener y mejorar los elementos evaluados durante el proceso y, en esa medida, crea expectativas entre el personal de salud. El proceso de acreditación quedó reglamentado como parte del SPS a partir de las modificaciones a la Ley General de Salud realizadas en 2003. En los primeros años de funcionamiento, los estados y unidades decidían su solicitud de acreditación a partir de una meta programática; a partir de 2008 el trámite se tornó obligatorio.

La necesidad de acreditación ha creado cierta confluencia con los AGMC; los centros de salud han hecho uso de estos últimos para realizar el mejoramiento, sobre todo de infraestructura y equipamiento de la unidad, que les permita posteriormente aprobar el proceso de acreditación.

### **Funcionamiento**

Hasta septiembre del 2007, las cifras de acreditación en cinco de los ocho estados evaluados habían rebasado ampliamente los reportes del 2006. Destacan el Estado de México, con 187 unidades acreditadas, y Veracruz, con 120, que representa un notable incremento con respecto a su avance en el 2006. Por su parte, Baja California Sur acreditó 47 unidades y Zacatecas 27, lo que a pesar del escaso número tiene significado, si se considera que en 2006 no habían acreditado ninguna.

Entre funcionarios de los niveles federal y estatal se expresó la opinión casi generalizada de que la acreditación está incidiendo en el mejoramiento de las instalaciones públicas de salud mediante la revisión rigurosa de sus procedimientos, su actualización, la capacitación del personal de salud y la atención de las deficiencias observadas. Por otro lado, el punto problemático para la instrumentación de la acreditación, de acuerdo con los entrevistados, es la resistencia natural al cambio por parte del personal que presta los servicios. Sin embargo, a partir de la obligatoriedad del proceso se están instrumentando estrategias orientadas al mejoramiento de las condiciones exigidas por la acreditación.

Por parte del personal de los centros de salud se reconocen los beneficios y avances que ha significado la acreditación, que los ha conducido a integrar los elementos técnicos, administrativos y de supervisión a las rutinas de trabajo. Los beneficios han redundado en el equipamiento de las unidades, la adecuación de los espacios y el mejor desarrollo de la prestación de los servicios. En algunos casos, las mismas comunidades, a través del AC o del vocal del programa Oportunidades, han ayudado para lograr la acreditación de los centros de salud.

Las verificaciones para el proceso de acreditación están a cargo de un equipo federal de 20 personas, que se ha visto rebasado por la demanda. Para subsanar esa carencia se ha dado capacitación a pequeños equipos a escala estatal a fin de fortalecer el proceso y ampliar su capacidad. Las unidades sujetas al proceso de

acreditación corresponden a la SSA y los SESA, si bien no se excluyen las del IMSS, en especial las que ofrecen servicios del programa Oportunidades.

### **Dificultades**

El proceso de acreditación registra limitaciones en la instrumentación de las medidas y capacidades necesarias para su aplicación. Esto ha significado en diferentes casos postergar los servicios de salud en aras de preparar las evaluaciones y visitas de verificación. En algunos casos, la aplicación de los AGMC ha sido de ayuda para el logro de estas condiciones. Después de la dictaminación, el seguimiento ha sido poco efectivo en algunos casos; por ejemplo, en el abasto de medicamentos o en la suficiencia del personal médico; en otros, la frecuencia de la supervisión crea una situación de temor y desconfianza entre el personal por la continua expectativa de la visita.

Los seis obstáculos principales que se identificaron para la acreditación, de acuerdo con los informantes, fueron:

- Falta de recursos económicos.
- Infraestructura deficiente.
- Resistencia al cambio por parte del personal de salud.
- Falta de capacitación del personal.
- Insuficiencia de recursos humanos.
- Poca de comunicación con las unidades médicas.

### **Fortalezas**

Las evaluaciones y verificaciones que integran el proceso de acreditación implican la revisión, actualización y mejoramiento de las unidades sometidas al proceso. En esa medida, los entrevistados coincidieron en que el proceso repercute en la operación de la unidad y la prestación de servicios a los usuarios. Por otra parte, en algunos casos la preparación de la unidad para la acreditación ha significado la participación de la comunidad, lo que ha propiciado una participación ciudadana responsable.

### **Logros**

De acuerdo con las entrevistas realizadas en los ocho estados, los principales logros de la acreditación fueron:

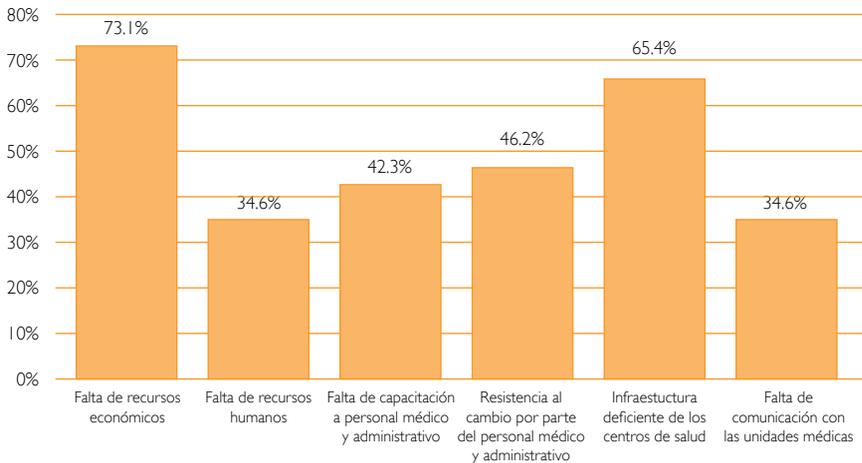
- Habilitación a mayor escala de la infraestructura de los centros de salud para una prestación de servicios más adecuada.
- Gestión de contratación de recursos humanos.
- Vasto número de materiales para impartir talleres y pláticas a los usuarios de los servicios de salud.

- Mayor abasto y distribución de medicamentos.
- Notable satisfacción del personal de salud.
- Capacitación y sensibilización del personal médico.
- Mayor empatía entre los usuarios y el personal.

Los informantes expresaron la expectativa de que el nivel de supervisión y seguimiento permita mantener los logros derivados del proceso de acreditación.

■ **Figura 1**

**Dificultades percibidas para realizar el proceso de Acreditación**



Fuente: Elaboración propia a partir de los hallazgos en campo.

\* La gráfica muestra las opiniones de 26 informantes, entre ellos: secretarios estatales de salud, integrantes del Comité Estatal de Calidad, enfermeras de CSU-A y NA, y enfermeras de CSR-A y NA.

## 4.4 CALIDATEL

### **Descripción del proceso**

CALIDATEL es un componente de la CNCSS que consiste en un número telefónico de acceso gratuito y que tiene el propósito de conocer la opinión de los usuarios en cuanto a la calidad, calidez y trato digno otorgados por los servicios públicos de salud. Los usuarios pueden reportar ahí sus opiniones y quejas. Los reportes se hacen llegar al personal prestador del servicio.

### **Funcionamiento**

De acuerdo con la información recopilada en la evaluación, este componente no ha funcionado en los términos que se tenían previstos. El volumen de llamadas recibidas ha estado por debajo del mínimo esperado, y en relación al total de llamadas recibidas, el porcentaje de quejas es poco significativo. En el nivel federal

hay cuestionamientos sobre la procedencia, efectividad y costos de este componente, y en los niveles estatal y operativo se le considera limitado.

### **Dificultades**

La principal dificultad del componente es el escaso interés que ha despertado entre los usuarios de los servicios de salud. Salvo una mención en un grupo focal en Sinaloa, los demás participantes informaron que desconocen el componente o no lo consideran viable para externar sus opiniones y quejas. En las entrevistas de nivel estatal y operativo el componente no se menciona en las descripciones de la CNCSS. El desconocimiento del mecanismo limita su eficacia y apunta hacia un problema subyacente de difusión.

### **Fortalezas**

La información proporcionada en los diferentes niveles entrevistados no permite señalar fortalezas de este componente.

### **Logros**

En concordancia con el punto anterior, no hay logros sustantivos identificables a partir de la información recolectada. Un logro tangencial es que ha representado un canal de búsqueda de información identificado por miles de usuarios en el país, lo cual no es su objetivo primordial.

## 4.5 Comités Estatales de Calidad y Comité Nacional de Calidad

El CEC es un espacio de reunión de las diferentes instituciones públicas de salud para la concertación y supervisión de las acciones de calidad instrumentadas en el sector. En diciembre del 2007, en el marco del SICALIDAD, la SSA emitió el acuerdo para crear el Comité Nacional de Calidad, que desarrollaría las funciones del CEC en el ámbito nacional, incluido el diseño de las estrategias de calidad y las políticas estatales en salud.

Para los efectos de esta evaluación, las entrevistas a los CEC se desarrollaron con los representantes del IMSS, con excepción de Durango y Zacatecas, donde se entrevistó al representante del ISSSTE; en Zacatecas se entrevistó también al representante del IMSS. En los estados del estudio se encontró que un CEC puede ubicarse en alguna de las tres siguientes condiciones: a) está constituido pero no se reúne (Guerrero); b) está constituido pero se reúne de forma irregular, o c) no está constituido (Veracruz).

### **Formas de integración**

La integración del CEC ha respondido en cada caso a las condiciones y características de la administración estatal. Aun cuando en todos los casos hay una línea de acción general que se enfoca al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y existe la participación de los SESA, el IMSS y el ISSSTE, en cada caso se da la concurrencia de otros organismos estatales. El desempeño, igualmente, ha sido distinto en los diferentes estados, desde casos en que las reuniones se dan con cierta periodicidad, hasta aquel en que el CEC se ha conformado en más de una ocasión sin que haya podido sesionar ni una sola vez.

### **Funcionamiento**

De acuerdo con la información recolectada, las actividades desarrolladas en los CEC se circunscriben a:

- Elaboración conjunta de la agenda anual de trabajo.
- Visitas programadas a las unidades para detección de deficiencias y supervisión de avances en materia de calidad de los servicios de salud.
- Aplicación de encuestas sobre aspectos específicos.
- Evaluación de los resultados de dichas encuestas y de la información generada por las unidades, y la propuesta conducente de estrategias de solución.

Los integrantes del CEC entrevistados conocen las funciones asignadas al comité, aunque cabe destacar que hubo algunas diferencias de apreciación en cuanto a su desempeño. Entre el personal de los centros de salud, los directivos de las unidades conocen el organismo, en tanto que entre el personal de enfermería eso no ocurre en todos los casos.

### **Dificultades**

Las dificultades principales señaladas con respecto a los CEC están determinadas por la falta de continuidad de las labores en desarrollo, atribuida mayormente a la elevada rotación del personal, y una baja organicidad que se traduce en la irregularidad de las reuniones y la insuficiencia de los recursos asignados.

### **Fortalezas**

El CEC representa una instancia de vinculación interinstitucional mediante la cual las instituciones intercambian experiencias y se obtiene retroalimentación sobre su desempeño. Las visitas a las unidades constituyen un mecanismo de monitoreo de su funcionamiento, que a través de la interacción con el personal permite la autoevaluación del CEC.

### **Logros**

A juicio de los entrevistados, un logro del CEC es el grado de comunicación e intercambio informativo entre las instituciones concurrentes, mismo que redundará

en la evaluación de las medidas instrumentadas para la mejor calidad del servicio en las diferentes instituciones. Destaca, asimismo, el funcionamiento del CEC como un mecanismo de evaluación externa que ha permitido valorar los avances y corregir las desviaciones mediante la generación de estrategias conjuntas.

## 4.6 Sistema Nacional de Indicadores de Salud

### **Descripción del proceso**

El INDICA es una herramienta de la CNCSS para realizar, de acuerdo con los estándares establecidos para las instituciones participantes, el registro bimestral de indicadores de calidad de los servicios de salud y cuatrimestral de indicadores de enfermería. Esta tarea la realiza el personal médico de las unidades y permite cuantificar la mejoría y el cumplimiento de la calidad de atención y trato digno que se otorga a los usuarios de los servicios. La operación del sistema promueve el desarrollo de una cultura de la medición y la toma de decisiones basada en el análisis preciso de los resultados arrojados por el sistema. Los datos obtenidos de la captura de información se publican en el sitio web del INDICA (<<http://www.calidad.salud.gob.mx>>).

### **Funcionamiento**

En los diferentes niveles de informantes entrevistados existe coincidencia respecto de los beneficios del sistema. Dado que constituye una forma estandarizada de medir los avances y problemas de los indicadores de calidad, está creando una cultura de registro entre el personal de los centros de salud. Esta medición permite controlar la calidad en el otorgamiento del servicio de salud. En Sinaloa, además del registro bimestral para oficinas centrales, se hace un reporte mensual a escala estatal.

De acuerdo con los responsables de calidad en los ocho estados, de manera paulatina se está generando una cultura de la medición entre el personal operativo. Los actores del proceso empiezan a dimensionar los avances y retrocesos en la aplicación de las estrategias que afectan los indicadores. En el mismo sentido, INDICA permite a los responsables de calidad dirigir sus trabajos hacia áreas específicas en el monitoreo de las unidades. El levantamiento de la información y su publicación, junto con la información generada por el AC, ha ido generando entre los usuarios una percepción de cambio. Entre los aspectos en los que se ha observado una repercusión positiva se encuentran los tiempos de espera para la consulta externa y urgencias, y el abasto de medicamentos.

Se registraron, sin embargo, algunas críticas al funcionamiento del sistema. Por parte del personal operativo, en coincidencia con el nivel federal, se considera

que la retroalimentación no es suficiente. El personal operativo no está seguro de la incidencia de sus reportes en la toma de decisiones en el nivel federal y opina que hace falta una mayor capacitación para el manejo del sistema, punto en el que coincidieron todos los niveles. Si bien en algunos centros de salud se ha logrado la instalación de redes informáticas que facilitan las tareas de registro, en otros hace falta infraestructura y equipamiento. En los ejercicios de grupos focales, los usuarios manifestaron que desconocen el componente e incluso la CNCSS, salvo casos aislados. Este conocimiento lo obtienen mayoritariamente a través de los medios de difusión.

### **Dificultades**

Para este componente, las dificultades principales se refieren sobre todo a la capacitación requerida para el manejo de los formatos y su procesamiento. Se reportó también la falta de infraestructura y, en menor medida, el hecho de que INDICA constituya una tarea que se agrega a las existentes y que en esos términos se realiza sin darle la debida importancia. Se encontraron, asimismo, algunos casos de desconocimiento tanto entre el personal de los centros de salud como a nivel del CEC.

### **Fortalezas**

Las fortalezas del INDICA se ubican en los resultados de la sistematización de los indicadores, a partir de los cuales se generan acciones para su mejor calificación. Es decir, se identificó el desarrollo de una cultura de la medición entre el personal de los centros de salud y tomadores de decisiones basada en dicha medición. Esto ha impulsado la atención de calidad en las unidades médicas, hecho que es percibido por parte de los usuarios. En el mismo sentido, el INDICA ha permitido una valoración más precisa de los avances y problemas en la atención por parte de los niveles estatal y federal. Este hecho ha impulsado acciones enfocadas a resolver problemas específicos, así como el reconocimiento de labores desarrolladas por el personal.

### **Logros**

La instrumentación del sistema INDICA ha logrado una cultura de medición en varios centros de salud, que ha facilitado el abordaje de problemáticas específicas que inciden en la calidad de los servicios, como son los tiempos de espera y el abasto de medicamentos. En el mismo sentido, ha incidido en el grado de satisfacción de los usuarios, que se ha reflejado en las encuestas usadas para el registro y medición de los indicadores que componen el sistema. A nivel de CEC, ha permitido a sus integrantes enfocar su monitoreo y acciones en los puntos problemáticos específicos de la operación de la CNCSS y hacer el debido reconocimiento a los esfuerzos del personal.

## 4.7 Premio Nacional de Calidad

### **Descripción del proceso**

El PNC de la SSA es, inicialmente, un componente de la CNCSS que año con año otorga una distinción, reconocimiento y recursos presupuestales a aquellas unidades que han logrado establecer un modelo de gestión o programa de innovación que mejore la calidad de la atención prestada. El PNC está en vigor desde 2002, y a partir del 2007 opera en el marco del SICALIDAD.

A través de la DGCES, la SSA publica la convocatoria y los instructivos correspondientes para la inscripción de participaciones en las categorías de calidad e innovación. Las unidades remiten al Comité Técnico del PNC una solicitud de inscripción a la categoría escogida junto con un breve reporte descriptivo del proyecto o aplicación. El Comité evalúa estos elementos de acuerdo con el Modelo de Gestión de Calidad. Una vez aprobada la inscripción al proceso, las unidades envían un reporte en extenso que el Comité usa como base de la evaluación y se programa una visita de verificación. El Comité se reserva la opción de declarar desierta cualquiera de las modalidades del premio.

### **Funcionamiento**

Tanto la convocatoria como los instructivos necesarios se encuentran en el sitio web de la DGCES; sin embargo, en la información recolectada en los estados se muestra repetidas veces que existe un desconocimiento del componente y sus características por parte del personal. Cabe señalar que en algunas localidades el personal no cuenta con conexión a la Internet, lo que pudiera explicar en parte este problema. En cualquier caso, es notable la disminución de la participación entre 2005 y 2006, cuando el número de los interesados en inscribirse al PNC se redujo casi a la mitad.

Entre los estados visitados hay tres que cuentan con unidades que se hicieron acreedoras al PNC entre 2004 y 2006: Sinaloa en dos ocasiones, y Chihuahua y Veracruz en una cada uno. Los responsables estatales coincidieron en que este componente, pese a haber presentado dificultades al principio, ha resultado benéfico tanto por el reconocimiento para el personal, como por los recursos que se otorgan a las unidades ganadoras. Consideran, empero, que hace falta ampliar su difusión.

### **Dificultades**

La principal dificultad detectada para este componente es el desconocimiento sobre él entre personal tanto directivo como operativo; no se le relaciona adecuadamente con los demás componentes de la CNCSS.

### **Fortalezas**

El recurso presupuestal otorgado por el PNC estimula la participación de las unidades en la convocatoria, a la vez que permite explorar la creatividad del personal operativo a través del diseño de modelos de gestión que inducen la mejora de la calidad de atención a los usuarios y de los procedimientos de la unidad.

### **Logros**

EL PNC ha permitido a las unidades de salud delimitar sus prioridades, arrancar procesos de sensibilización y aplicar los recursos resultantes del premio en la mejora de la calidad de la atención otorgada, por medio del mejoramiento de la infraestructura y la contratación de personal. Asimismo, ha contribuido a formalizar los procesos que enaltecen la labor que desempeña el personal médico.

## 5. Conclusiones

### Conocimiento general sobre la CNCSS

- Existe coincidencia entre la mayoría de los informantes respecto a la necesidad de dar continuidad a estrategias de la CNCSS para seguir mejorando la calidad de la atención a la salud.
- El grado de conocimiento de los componentes sobre la CNCSS varía entre el personal operativo. La antigüedad laboral y la modalidad de contratación son factores asociados a un mayor conocimiento del programa.
- Hay un desconocimiento generalizado acerca del marco normativo de la CNCSS; su instrumentación se deriva más de la voluntad del personal que de lineamientos institucionales.
- La problemática para el flujo y homologación de la información de la CNCSS es principalmente de carácter organizacional.
- La frecuente rotación del personal en los centros de salud provoca un escaso grado de compromiso con la CNCSS

### Percepción a partir de la implementación de la CNCSS

- La obtención de información por parte de los usuarios sobre sus derechos genera presión para el otorgamiento efectivo de los servicios.
- El personal operativo considera que la aplicación de las estrategias de la CNCSS ha mejorado la elaboración de expedientes clínicos.
- Los usuarios coinciden en que existe un mejor surtimiento de recetas, menores tiempos de espera y más personal de salud.

### Acreditación

- La acreditación de las unidades de salud genera una diferencia apreciable en cuanto a los recursos disponibles para la atención, pero por sí misma no garantiza la calidad de la atención ni el trato digno.

- Los centros de salud no acreditados registran una menor adopción de las estrategias y una información más escasa sobre la CNCSS que los centros acreditados.
- Se requiere más capacitación sobre el proceso de acreditación, que destaque los requerimientos y beneficios, así como sus implicaciones reales en los centros de salud.

## Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad

- Los AGMC son mecanismos para mejorar la dotación de recursos en los centros de salud y generar estímulos para el personal.
- Durante 2005 y 2006, Chihuahua (con 27%) y Zacatecas (con 21%) tuvieron la mayor participación de AGMC entre los ocho estados evaluados. En el 2007 se mantuvo esa tendencia.
- Durango mostró un avance significativo en el 2006, si se considera que en 2004 y 2005 no había concertado AGMC.
- Guerrero y el Estado de México mantuvieron una tendencia a la baja, pero el Estado de México logró un número importante en relación con los dos años anteriores.
- Veracruz siguió en una tendencia intermedia, si bien comparativamente estuvo a la par de Guerrero.
- Baja California Sur tuvo en 2007 una mayor adopción de estrategias de la CNCSS, pese a que su desempeño en AGMC no fue significativo.

## Aval Ciudadano

- El AC se ha constituido en un representante efectivo de la comunidad a favor de la mejora de calidad en los casos en que su designación es resultado de acuerdos interinstitucionales. Por el contrario, cuando los AC han sido elegidos por el personal de las unidades, las limitaciones impuestas por el desconocimiento de sus funciones y alcances son notables.
- Falta difusión entre el público acerca de las funciones del AC y la mecánica de participación ciudadana.
- En Sinaloa se observaron experiencias exitosas de información al público mientras espera la consulta.

## CALIDATEL

- A lo largo de cuatro años, CALIDATEL no ha demostrado capacidad para fungir como vía para canalizar quejas y sugerencias.
- En opinión de los usuarios de los servicios, el buzón de quejas ha tenido más éxito.

## Comité Estatal de Calidad

- Con excepción de Veracruz, donde el CEC no se había conformado, y Guerrero, donde no sesionaba, en el resto de los estados evaluados los CEC se encontraron operando.
- Los CEC se han constituido como espacio de intercambio de información y experiencias interinstitucionales; sin embargo, no todos se reúnen periódicamente.
- Hasta el momento de la evaluación no existía una instancia de monitoreo de los CEC.
- En un procedimiento innovador, el CEC en Chihuahua incorporó a una representación del Aval Ciudadano.

## Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud

- Aun cuando algunos de los informantes desconocen el conjunto de indicadores, el personal operativo considera al INDICA como relevante y útil.
- El personal directivo juzga que los datos reportados son importantes para la toma de decisiones, pero señala que el personal operativo desconoce el impacto de la información registrada en su unidad.
- La información registrada en el INDICA se usa escasamente en la toma de decisiones a nivel local.

## Premio Nacional de Calidad

- El PNC ha cobrado importancia por el reconocimiento de proyectos generados en las unidades médicas que buscan mejorar la calidad de atención y los procedimientos administrativos.

- La participación en el PNC es positiva ya que incentiva al personal a mejorar la calidad de la atención, y crea un sentido de equipo al convertir esa tarea en un propósito común que les otorgará beneficios para su práctica diaria.

# Siglas

AC	Aval Ciudadano
AGMC	Acuerdos de Gestión para la Mejora de la Calidad
CEC	Comité Estatal de Calidad
CNCSS	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDICA	Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
PNC	Premio Nacional de Calidad
SSA	Secretaría de Salud
SESA	Servicios Estatales de Salud
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

**Evaluación de la Cruzada Nacional  
por la Calidad de los Servicios  
de Salud 2006-2007**

RESUMEN ● EJECUTIVO

Se imprimió en septiembre de 2008  
La edición consta de 500 ejemplares



