

# I. Antecedentes de la certificación de hospitales en México

Enrique Wolpert\*, Leopoldo Candelas\*\*

En 1916 Ernest Codman, en los Estados Unidos, estableció los principios sobre la importancia de la certificación de los médicos y la acreditación de las instituciones, sentando las bases de lo que dos años más tarde constituiría el programa de estandarización hospitalaria.

Este planteamiento se hizo realidad mediante la instrumentación del Programa Nacional para la Estandarización de Hospitales, en el que, de un total de 692 hospitales, sólo aprobaron 90.

En 1951 se instaló en ese mismo país la Comisión Mixta de Acreditación Hospitalaria (actualmente Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), como una empresa privada que en 1953 publicó los estándares para la acreditación de hospitales, mismos que incluyeron al cuerpo de gobierno, reglamento médico, instalaciones, preparación de alimentos, control de medicamentos, servicio de dietas y enfermería; estos estándares enfatizaron que el cuerpo médico es responsable ante las autoridades del hospital por la calidad de la atención médica otorgada. Posteriormente introdujo y reforzó conceptos acerca del análisis retrospectivo de casos, por medio de auditorías médicas en la Sociedad Nacional de Médicos y Hospitales.

Aun a pesar de no contar con estos mecanismos de acreditación, las instituciones de salud en México se han esforzado por aplicar diversas medidas tendientes a evaluar y garantizar la calidad de los servicios. De ello existen muchas referencias tanto en instituciones públicas como privadas y de seguridad social. Por ejemplo, el Programa de Círculos de Calidad, instrumentado en el Instituto Nacional de Perinatología, el de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Estudio sobre Satisfacción de Usuarios y Prestadores de Servicios de Salud realizado en el ISSSTE, el proceso de regulación de los servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud y los comités de morbilidad y mortalidad en hospitales públicos y privados.

En 1990 se inició en nuestro país un conjunto de acciones para hacer aplicativo el Modelo de Garantía de la Calidad y Certificación de Hospitales, como parte del proceso de mejoría en la prestación de los servicios de salud, de esta forma, y bajo el auspicio de la Secretaría de Salud, un grupo de 22 importantes hospitales privados establecidos en el área metropolitana de la Ciudad de México conformó en mayo de 1990, el Grupo de Trabajo de la Atención Médica Privada enfocado a la creación de estrategias que coadyuven a elevar la calidad de los servicios de salud que se otorgan en las unidades hospitalarias.

Como resultado de la formación de este grupo de trabajo encaminado a garantizar la calidad de los hospitales, se identificó la necesidad de llevar a cabo las siguientes acciones:

- Dimensionar el sector médico privado mediante un censo nacional de unidades médicas con camas, que permitiera conocer la capacidad instalada y la complejidad de las mismas, de acuerdo a la concurrencia de recursos y su organización.
- Incorporarse a las acciones de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, de instalar y operar comités de infecciones hospitalarias en nosocomios públicos y privados como una estrategia de mejoría continua de la calidad.
- Identificar y definir los criterios que hicieran posible la acreditación de hospitales, mediante una propuesta que nos permitiera contar con un modelo de acreditación hospitalaria; dicho modelo debería incluir el manual de estándares, mecanismos de certificación y las características del organismo acreditador.

Se realizaron dos importantes reuniones: la primera el 18 de septiembre de 1992, en el Instituto Nacional Salud Pública de la Ciudad de Cuernavaca, Morelos; ahí se reunió el grupo de trabajo con 50 expertos en administración de hospitales, coordinado por la Secretaría de Salud

\* Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud

\*\* Subdirector Administrativo de la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Enrique Wolpert, Carretera Picacho-Ajusco 154, Col. Jardines de la Montaña, 14210, México, 3 F.

y con el apoyo de la OPS, a fin de establecer los lineamientos generales que deberían considerarse para iniciar el proceso de acreditación de hospitales en México. Se tomaron como punto de partida los lineamientos marcados en el documento elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, "La Garantía de la Calidad, Certificación de Hospitales para América Latina y el Caribe", con respecto a la conceptualización del modelo de certificación.

En dicha reunión se decidió que nuestro país debería contar con una Comisión Mexicana que fuera la encargada de acreditar los hospitales.

Como resultado del trabajo, se establecieron cuatro puntos que sustentan el Modelo Mexicano de Certificación.

## 1. Definición y función básica del hospital

Para los fines del Modelo Mexicano de Certificación, hospitales todo establecimiento, independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica, que cuenta con camas para el internamiento de pacientes, y con los recursos necesarios para proporcionar de manera organizada servicios médicos y quirúrgicos.

La función primordial de todo hospital es proporcionar atención médica continua; como complemento, dependiendo de su nivel de complejidad y de sus objetivos específicos, puede tener otras, entre ellas la formación de recursos humanos, la investigación científica y acciones preventivas.

El establecer criterios para la clasificación de hospitales según su grado de complejidad y congruentes con la heterogeneidad de unidades pequeñas, hizo necesario determinar los estándares de certificación acordes a las características de: baja, mediana o alta complejidad; asimismo, crear un organismo que fije los estándares hospitalarios para la prestación de servicios, cuya certificación este a cargo de una organización civil, y que integre una Comisión Mixta representada por las instituciones del Sistema Nacional de Salud y otras agrupaciones médicas de prestigio.

## 2. Definición de los derechos, responsabilidades y obligaciones de los pacientes

En México, la protección de la salud es un derecho constitucional. La certificación es un medio para asegurar niveles suficientes de calidad que garanticen esta protección a cualquier persona y el respeto de sus derechos como ser humano y como paciente, de acuerdo con los valores socialmente aceptados y que se expresan como derecho a recibir:

- Trato digno y respetuoso

- Acceso al tratamiento
- Privacidad y confidencialidad
- Seguridad personal
- Información
- Comunicación
- Negarse a recibir el tratamiento por parte del paciente

Dentro del marco ético establecido en los derechos de los pacientes, éstos tendrán las responsabilidades y obligaciones que siguen:

- Suministro de información
- Apego a las instrucciones
- Respeto y consideración
- Cumplir los reglamentos y estatutos del hospital
- Asumir las consecuencias derivadas de negarse a recibir el tratamiento

## 3. Condiciones para solicitar la certificación

Todo establecimiento que responde a la definición de hospital mencionada, podrá solicitar voluntariamente su certificación como tal; para ello, deberá reunir los requisitos preliminares siguientes.

- Contar con la aprobación de la autoridad sanitaria federal, estatal o municipal que corresponda.
- Tener al menos un año de funcionamiento continuo, legalmente habilitado.
- Mantener sus instalaciones en funcionamiento los 365 días del año.
- Mantener las instalaciones, las camas y los servicios disponibles de manera continua las 24 horas del día
- Contar con un cuerpo médico propio que garantice la atención permanente.
- Asegurar que todo el profesional que tenga acceso al uso de sus instalaciones esté autorizado para ejercer sus actividades esuecificas.

## 4. Mecanismos de certificación

Se abordaron tres aspectos importantes para definir las funciones del organismo coordinador del proceso de certificación: los atributos de la organización, los integrantes de la comisión, y los objetivos.

Los atributos de la organización

- Autónoma
- Asesora del gobierno
- Organismo privado
- No lucrativa
- Nacional
- Representativa de todos los sectores e instituciones
- Única

- De afiliación voluntaria
- Financieramente autosuficiente

Los integrantes *de la comisión* mexicana

Los tres sectores- público, social y privado

El sector público integrado por representantes de las *siguientes* dependencias

- La Secretaría de Salud
- El Instituto Mexicano del Seguro Social
- El Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- El Departamento del Distrito Federal
- La Secretaría de la Defensa Nacional
- La Secretaría de Marina y
- Petróleos Mexicanos

*El sector social integrado por*

- La Academia Nacional de Medicina
- La Academia Mexicana de Cirugía
- La Asociación Mexicana de Hospitalistas
- La Sociedad Mexicana de la Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA)
- La Fundación Mexicana para la Salud y La Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales ANACOME)

El sector privado lo integran los hospitales privados.

Objetivos

General:

- Contribuir a elevar la calidad de la atención que se otorga en unidades hospitalarias de los sectores público, social y privado.

Específicos:

- Diseñar criterios y estándares de certificación.
- Realizar el proceso de certificación y otorgar el aval de reconocimiento a las unidades de atención hospitalaria de los sectores público, social y privado, según el grado de cumplimiento de los estándares.

Funciones

- Elaborar, actualizar periódicamente y difundir los criterios y estándares de certificación en las unidades hospitalarias.
- Analizar los resultados de las visitas de verificación y emitir recomendaciones para mejorar la calidad de la atención médica
- Validar la verificación y determinar el otorgamiento de la certificación.

A diferencia de los modelos de Estados Unidos y Canadá, que cuentan con un manual de estándares hospitalarios único, para el caso de México, dada la heterogeneidad en las características de sus unidades, se consideró necesario utilizar diversas técnicas de consenso, que finalmente llevaron a concretar el "Manual de Estándares Mínimos para la Certificación Hospitalaria", con el enfoque que nuestros establecimientos hospitalarios tienen sobre la particularidad de atender a todo tipo de población, asegurada o no, con una amplia gama de opciones que varían desde la más simple, hasta las de alta especialización y con tecnología compleja.

La segunda reunión se llevó a cabo el 11 de julio de 1993, en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), donde participaron 60 expertos y 12 organismos.

En dicha reunión y por consenso se consolidaron las bases técnicas en que se apoyaría el "Modelo Mexicano de Certificación de Hospitales".

Se aprobó la propuesta para la integración del Manual de Estándares que incluyen los mecanismos de certificación mediante elección directa, se designaron los integrantes de la Mesa Directiva de la Comisión Mexicana con las características siguientes

- Presidente (representante del sector privado)
  - Primer vicepresidente (del sector social)
  - Segundo vicepresidente (del sector público)
- Primer Secretario (representante de la Academia Nacional de Medicina)
- Segundo Secretario (de la Academia Mexicana de Cirugía)
- Comisario (representante de un hospital privado de Monterrey, Nuevo León) y
- Seis Vocales (cinco regionales del país y una de hospitales psiquiátricos)

Dichos puestos tienen una vigencia de dos años, al término de los cuales, la sustitución será rotativa y ascendente.

La Comisión Mexicana fue instituida formalmente por el entonces Secretario de Salud. Su primera tarea fue la elaboración del documento "Mecanismos de Certificación Hospitalaria", que consta de los apartados siguientes: 1) Instituciones que pueden solicitar la certificación, donde se destaca que dicho proceso no tiene carácter coercitivo ni obligatorio. 2) Procedimiento administrativo para solicitar la certificación. 3) Procedimiento para manifestar inconformidad por la certificación. 4) Confidencialidad, dicha información no podrá proporcionarse a persona o institución alguna sin permiso por escrito del director del hospital. 5) Los hospitales con ciertas particularidades por ser de alguna especialidad, serán motivo de normatividad y mecanismos de certificación diseñados de manera específica. 6) Objeción por parte de las autoridades de un hospital a aceptar la normatividad, en

cuyo caso el director deberá manifestarlo por escrito.

En dicha audiencia con el Secretario de Salud, el Comité hizo entrega del Manual de Estándares y de los Estatutos que regirán la integración y el funcionamiento de la Comisión Mexicana.

Una vez formalizados los trámites protocolarios, la Comisión solicitó el aval de la Secretaría de Salud para constituirse en el organismo certificador, de acuerdo a lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

En lo relativo a la certificación y verificación de normas, dicha Ley Federal, publicada en el Diario Oficial en julio de 1992, regula las disposiciones en la materia, señalando en su artículo segundo que tiene por objeto establecer el Sistema Nacional de Acreditamiento de Organismos de Normalización y de Certificación.

En el artículo tercero, define acreditamiento como el acto mediante el cual la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, reconoce organismos nacionales de normalización, organismos de certificación, laboratorios de pruebas y de calibración y unidades de verificación, para que lleven a cabo las actividades a que se refiere esta ley. Define certificación como el procedimiento por el cual se asegura que el producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas o lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización, nacionales o internacionales.

Cabe señalar que la SECOFI aceptó el 6 de diciembre de 1994 la denominación de "Comisión Mexicana de Normalización y Certificación de Servicios de Salud", con las características descritas.

Anteriormente México no contaba con un esquema de acreditación hospitalaria que estableciera estándares y mecanismos para verificar su cumplimiento.

El beneficiario directo en un hospital certificado es el usuario, quien, de este modo, cuenta con la garantía de que el servicio de salud al que acude tiene la capacidad física instalada, así como los recursos tecnológicos y materiales necesarios para atenderlo, y que los profesionales poseen las características técnico-médicas indispensables para resolver su problema de salud.

Con la certificación se garantiza que a calidad de la atención médica hospitalaria satisfaga los requerimientos y las expectativas del usuario, y se convierta en un instrumento por el cual los servicios se orienten a la mejoría continua.

También la certificación de los médicos garantiza su permanente capacitación técnico-médica para brindar atención de calidad a los usuarios y responder a sus necesidades.

Ambos mecanismos se encuentran estrechamente vinculados y propician el mejoramiento global de los servicios de salud, de ahí que sus efectos actúen en la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica

Es necesario que los sectores público social y privado tengan participación activa en ambos mecanismos en un esfuerzo común por reducir al máximo las inconsistencias y los desajustes.

La certificación de los hospitales mexicanos públicos y privados es trascendental porque permite

- Garantizar la prestación de servicios de salud en los hospitales, con una calidad que se califica mediante estándares previamente establecidos y que se traducen en normas operativas de calidad
- Incorporar al personal a una tarea continua de actualización en técnicas de atención al paciente y mejora continua, enfocadas a obtener los mejores resultados en cuanto a oportunidad, calidad y calidez. Por tanto los hospitales deberán adecuarse para conservar su competitividad al brindar servicios y emplear tecnología e insumos que satisfagan las necesidades de los usuarios. El inicio de este proceso los incorpora a una espiral ascendente de calidad para que en un futuro inmediato puedan integrarse a los esquemas internacionales resultantes de la integración global de los mercados

Por último, quisiera señalar que en la Tercera Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales, celebrada en octubre del presente en Washington y organizada por la OPS, los países participantes presentaron un informe relativo a los avances alcanzados y a la problemática identificada para la implementación del proceso. También se presentaron las propuestas para la segunda etapa del proceso de acreditación que fueron:

- El fortalecimiento de las Comisiones de Acreditación
- La consolidación del proceso de acreditación
- La identificación de fuentes de financiamiento y
- El hecho de lograr la voluntad política de los gobiernos

Dentro de las estrategias propuestas destacan que los hospitales deben

- Enfocar su administración al mejoramiento de la calidad
- Promover el apoyo interpaíses con visitas de intercambio de experiencias y de apoyo técnico
- Considerar que el proceso de acreditación es un componente fundamental en la reforma y modernización del Sector Salud
- Solicitar ante la OPS local apoyo técnico y financiero para el proceso de acreditación
- Incluir dentro de las normas de acreditación estudios de vulnerabilidad hospitalaria para la mitigación de desastres, planes de emergencia y programas de seguridad

## II. Estado actual del sistema hospitalario en México

Julio Frenk,\* Rafael Lozano,\*\* Beatriz Zurita\*\*

### Resumen

*En este artículo se describen las características de los hospitales públicos y privados en México, a partir de un análisis de las fuentes secundarias disponibles. Los hospitales del sector público se comparan con los del sector privado, así como entre las distintas instituciones. Los resultados se presentan alrededor de tres de los principales problemas del sistema de salud: escasez, ineficiencia y mala calidad. En México ha disminuido el número de camas por habitante a través del tiempo, especialmente en las instituciones de seguridad social. Para 1994 había 12 camas por cada 10,000 habitantes, considerando las camas del sector privado. Hay una brecha entre la oferta y demanda de camas y una gran variación de las tasas de ocupación para distintas instituciones y entre los estados. Por ejemplo, el IMSS tiene una tasa de ocupación de 87%, cuando otras instituciones tienen 50% menos. El problema se agrava por el uso ineficiente de los escasos recursos. En 1994 hubo por lo menos 277,000 días-paciente innecesarios en los servicios de gineco-obstetricia del país cuando se comparan con el promedio nacional. El desempeño de los hospitales en México podría mejorar con mayor dotación de camas, mejor aprovechamiento de los recursos existentes y diversificación de los sitios de atención, así como con la acreditación de hospitales y la mejora de los sistemas de información.*

**Palabras clave:** Hospitales, eficiencia, calidad de la atención médica, México.

### Summary

*This paper describes the characteristics of public and private hospitals in Mexico through the analysis of available secondary data. The attributes of hospitals in the public sector are compared to those in the private sector, as well as among institutions. Results are presented regarding three of the main problems of the health system: scarcity, inefficiency, and poor quality. The number of beds per person has decreased over time. Overall in 1994, there were 12 beds available per 10,000 people including the private sector beds. There is a gap between supply and demand of beds and their occupancy rates including great variations among institutions and states. For example, the Mexican Institute of Social Security has an occupancy rate of 87%, and other institutions have 50% lower rates. The scarcity problem is compounded by the inefficient use of resources. In 1994 there were at least 277,000 unnecessary patient days in the obstetrics and gynecology services considering the national average. A greater supply of beds, a better use of existing resources and the diversification of sites for medical care, as well as hospital accreditation and improved information systems could all contribute to improve the performance of the hospital sector in Mexico.*

**Key Words:** Hospitals, efficiency, quality of health care, Mexico.

\*Académico Numerario

\*\* Centro de Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

Correspondencia a: Dr. Julio Frenk, Centro de Economía y Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Periferico Sur 4809 Tlalpan, 14610 México, D.F.

## Introducción

El sistema de salud en México requiere de importantes transformaciones para responder a los retos presentes y futuros. Por un lado, enfrenta fuertes presiones para resolver las complejas condiciones de salud de la población donde coexisten enfermedades del subdesarrollo con problemas asociados a la industrialización y la urbanización. Por otra parte, enfrenta insuficiencia de recursos para satisfacer la creciente demanda, inequidad en la distribución de los mismos e ineficiencia en el uso de los recursos existentes.<sup>1</sup>

En este escenario los hospitales juegan un papel central pues en ellos se expresan muchos de los problemas antes mencionados. A pesar de los esfuerzos por promover conductas saludables y prevenir enfermedades en el primer nivel de atención, el incremento en la demanda y en consecuencia la competencia por los escasos recursos a nivel hospitalario son cada vez más importantes. A lo anterior habría que añadir la desigual asignación de recursos financieros para los hospitales entre las instituciones del sector y entre las entidades federativas.

La inequidad en la distribución de recursos se presenta fundamentalmente en la asignación presupuestal. Las entidades federativas con más necesidades de salud reciben menos gasto público en salud per cápita. A la vez, la inequidad en la distribución de los recursos tiene un fuerte impacto en la distribución de los servicios. Por ejemplo, la población muy pobre concentra casi la mitad de los partos en México y menos de la quinta parte de ellos reciben atención hospitalaria.

En estudios previos se ha identificado a la inequidad como obstáculo al buen desempeño de las instituciones, pues impide que los que más precisan de los servicios tengan acceso proporcional a sus necesidades. Sin embargo, se reconoce que el acceso a los servicios no es garantía de solución, ya que muchos pacientes se topan con otro gran obstáculo que es la insatisfacción. Al interior del sistema de salud se han identificado otros obstáculos como la ineficiencia que supone el despido de recursos o la canalización del esfuerzo hacia problemas de baja prioridad.

En consecuencia, para valorar el desempeño de las instituciones hospitalarias y proponer alternativas de acción, es necesario analizar la respuesta social a las necesidades de salud y profundizar en aquellos obstáculos que deben superarse para garantizar una atención médica más justa y adecuada.

## Material y métodos

Con el propósito de describir las características de los hospitales públicos y privados en México, se consul-

taron distintas fuentes de información con datos secundarios. La información internacional proviene en su mayoría de los informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la información nacional secundaria en los Anuarios estadísticos del IMSS y del SSSTE, o de tabulados que se publican en los boletines de información estadística que anualmente edita la Secretaría de Salud con base a la información que obtiene del Grupo Interinstitucional de Información. Además, parte de la información presentada en tendencias fue obtenida del Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas de 1978<sup>10</sup> y del estudio publicado por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR) en 1982 sobre las Necesidades Esenciales en México.<sup>11</sup>

Dado que se trata de un análisis de datos secundarios, es importante señalar algunas de las limitaciones en el manejo e interpretación de los mismos.

1. Resulta difícil conciliar los datos sobre camas provenientes de distintas fuentes de información antes de 1980. Ello nos llevó a presentar sólo tendencias de las instituciones de seguridad social, quedando como parte de las tareas a futuro el completarlas para las demás instituciones públicas y para el sector privado.
2. A pesar de los recientes esfuerzos por homogeneizar las cifras que se presentan en los anuarios estadísticos, existen dificultades para comparar algunas de ellas. Por ejemplo, el IMSS no publica su promedio de días-estancia hospitalaria, por lo que las comparaciones interinstitucionales de la duración de la estancia hospitalaria se establecen a partir de contabilizar todos los días-paciente.
3. No es posible evaluar la calidad de la atención dado que la forma en que se publica la información no permite ajustar los indicadores de resultado por la mezcla de casos, por edad o por sexo, ni tampoco se publica información para evaluar indicadores de proceso.
4. No se publican los mismos datos para las instituciones privadas que para las instituciones públicas. Por ejemplo, no es posible comparar la duración de la estancia hospitalaria o la mezcla de casos entre hospitales públicos y privados.

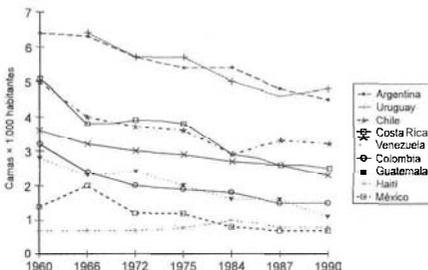
## Resultados

Más que una descripción exhaustiva de los problemas relacionados con los hospitales, se pretende documentar aquellos que se consideran los más importantes: a) escasez de los recursos; b) ineficiencia y mala calidad; y c) heterogeneidad y dispersión de los recursos.

## 7. Escasez de los recursos

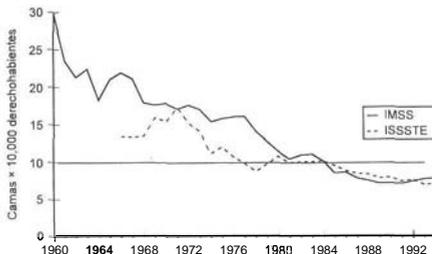
1.1. Evolución en el tiempo. Una forma de medir la capacidad del sistema de salud de proporcionar atención médica es a través de contabilizar el número de camas. Además, el número de camas por 1,000 habitantes también muestra la disponibilidad de recursos hospitalarios con los que cuenta la población. Si se analiza la disponibilidad de camas para los países de América Latina en los últimos años, se observa una tendencia decreciente entre 1960 y 1990. A excepción de Cuba y Haití, que presentan una tendencia estable, en el resto de las naciones decae la razón de camas por habitante, llegando al extremo de Costa Rica. Colombia o Argentina, donde el cambio porcentual en el periodo de treinta años es de alrededor de 50%. En particular, destaca el caso de México, que en 1960 se encontraba ubicado entre los países con menor número de camas por habitante, con 1.4 por 1000, y en treinta años esta razón cayó a 0.7<sup>12-17</sup> (ver figura 1). Al documentar el número de camas a nivel nacional, se observa en la figura 2 que la disponibilidad de este recurso en las dos instituciones de seguridad social más importantes también muestra una tendencia descendente. A finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, existía una sobredotación de camas por habitante que con el paso del tiempo ha ido desapareciendo. En cambio, la dotación de camas del sector privado muestra un importante incremento de 1970 a 1994. De contar con una de cada cinco camas censables disponibles hace 25 años, en la actualidad una de cada tres camas pertenece al sector privado.<sup>18</sup>

1.2 Dotación de camas en México en 1994.<sup>19</sup> En 1994 se registraron 108.596 camas en el país, de las



Fuente: OPS Condiciones de salud de las Américas, varios años

Figura 1 Dotación de camas por habitante en países seleccionados de América Latina 1960-1990

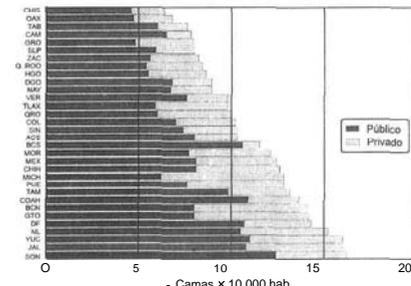


Fuente: IMSS, Memoria Estadística, varios años  
ICSSSTE, Anuario Estadístico, varios años.

Figura 2. Dotación de camas por derechohabiente en México, 1960-1994

cuales 69% pertenecían al sector público y 31% al sector privado. El total representa 12 camas por cada 10,000 habitantes. Lo cual coloca a nuestro país alrededor de la norma internacional. Sin embargo, esta dotación es diferente entre las entidades federativas, registrándose una considerable heterogeneidad al interior del país, como se muestra en la figura 3. Por ejemplo, en Chiapas la dotación era de 6.3 camas por cada 10,000 habitantes y en Oaxaca de 6.9. En contraste, se encuentran Sonora, Jalisco y Yucatán con más de 16 camas por 10,000 habitantes. Mientras que en Chiapas o Oaxaca existía una cama para cada 1,500 personas, en Sonora, Jalisco o Yucatán la relación era de una cama para 620 personas.

La brecha se acrecienta al comparar la dotación de camas del sector privado por entidad federativa. Estados como Baja California, Guanajuato, Michoacán o Jalisco presentan tres veces más camas priva-



Fuente Ref 19

Figura 3. Dotación de camas por habitante en los sectores público y privado México, 1994.

das por habitante que Campeche y Tabasco y hasta seis veces más que Baja California Sur. Lo mismo sucede al comparar la distribución de camas de la Secretaría de Salud en los estados de Sonora, Tamaulipas o Distrito Federal con respecto a las que presentan los estados de Veracruz o Guerrero en donde la brecha de disponibilidad de camas es de más de 4.5 veces. No es el caso de la distribución de las camas del IMSS o del ISSSTE entre las entidades federativas. Estas instituciones hacen una asignación menos heterogénea que el sector privado o la SSA, pero no por eso desaparecen las diferencias de disponibilidad de camas por habitante.

## 2. Ineficiencia y mala calidad de los hospitales

La ineficiencia en la utilización de recursos hospitalarios se puede observar en varias dimensiones: a) en la falta de correspondencia entre la demanda y la oferta; b) en la capacidad ociosa de los hospitales; c) en el uso de días-cama innecesarios, y d) en el uso de camas hospitalarias para causas no justificadas. La primera dimensión evalúa el grado de correspondencia que existe entre la oferta de camas y su utilización, empleando dos fuentes de información diferentes. Para la oferta se emplea lo reportado por las instituciones prestadoras de servicios y para la demanda se emplean las preferencias de uso expresadas por la población en la Encuesta Nacional de Salud. La segunda dimensión evalúa la demanda de atención desde la perspectiva del prestador, midiéndola con el porcentaje de ocupación hospitalaria. La tercera evalúa el despido de recursos a partir de estimar la diferencia entre los días-estancia observados y los días-estancia esperados, considerando el promedio nacional como valor estándar. Finalmente, la cuarta dimensión evalúa la mala utilización de la capacidad física instalada, para lo cual se empleó el uso de camas para fines obstétricos en hospitales generales.

2.1. Relación entre oferta y demanda. La demanda de servicios de hospitalización, según la Encuesta Nacional de Salud<sup>20</sup> aplicada en 1994, no correspondió a la distribución de la oferta de camas. Ese año, el IMSS contaba con 26 % de las camas en el país y recibió 40% de la demanda de los servicios hospitalarios. En cambio, la SSA concentraba 21% de las camas y sólo recibió demanda de 16% de la población usuaria. En resumen, 50% de la población acude a los servicios hospitalarios para población asegurada, 23 % utiliza los recursos para población no asegurada y 27% los servicios privados, siendo que las instituciones de seguridad social cuentan con 37% de las camas, las dirigidas a población no asegurada con 31% y las privadas con 31% (ver cuadro I).

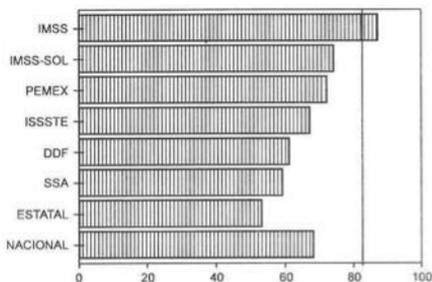
Instituciones	Oferta de camas* %	Demanda de usuarios** %
IMSS	26	40
ISSSTE	6	7
PEMEX	1	2
SEDENA y Marina	4	1
Población Asegurada	37	50
SSA	21	16
DDF	2	1
IMSS-Solidaridad	2	2
Estatales	6	4
Población No Asegurada	31	23
Privadas	31	27
Total	100	100
Fuentes: * Ref. 14 ** Ref. 2c		

2.2. Ocupación. La disparidad entre la oferta y la demanda de servicios también se refleja en indicadores de utilización y productividad de los hospitales. Una mayor demanda para cada cama hospitalaria se refleja en una tasa de ocupación más alta. No es sorprendente, entonces, que la tasa de ocupación hospitalaria\* en el IMSS sea de 87%, mientras que la tasa de ocupación en la SSA y en otras instituciones para no asegurados es casi 50% menor. En las instituciones para población asegurada existe variación en las tasas de ocupación hospitalaria entre las distintas instituciones, en donde el IMSS tiene las más altas, el ISSSTE tiene una tasa 30% menor que en el IMSS y PEMEX 22%.

Es común considerar que una tasa de ocupación hospitalaria menor al 85% refleja la capacidad ociosa de los hospitales y, por tanto, un uso ineficiente de los recursos. Bajo esta definición se deja arbitrariamente 15% de la ocupación posible como capacidad de reserva (ver figura 4). Conviene señalar que existen otras formas de estimar la capacidad de reserva hospitalaria dado una tasa de ocupación dada.<sup>21</sup>

A nivel estatal la tasa de ocupación para todas las instituciones del sector público varía de 56% en Baja California Sur a 87% en Hidalgo. Al observar la

\* Porcentaje o tasa de ocupación días-paciente/(camas censales × 365).



Fuente: SSA Boletín de Información Estadística No. 14, 1994

Figura 4. Porcentaje de ocupación hospitalaria según institución del sector público. México, 1994.

variación de las tasas de ocupación por institución encontramos que Tlaxcala es el estado con menor tasa de ocupación en los hospitales del IMSS (69%) Por otro lado, existen varios estados, como Aguascalientes, Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Sinaloa, con una tasa de ocupación superior al 100% En cambio, en los hospitales del ISSSTE se registra una tasa de ocupación de 35% en Tlaxcala y 90% como máxima en Durango. La tasa de ocupación de los hospitales de la SSA es baja a nivel nacional y en algunos estados llega a estar por abajo del 25% como es el caso de Coahuila En 1994 se identificaron cinco estados cuya tasa de ocupación en los hospitales de la SSA es menor al 50% (Aguascalientes, Coahuila, Morelos, Puebla y Durango).

Es importante reconocer que a pesar de presentar actualmente una tasa de ocupación relativamente baja en algunas de las instituciones del sector salud el promedio nacional de la tasa de ocupación ha aumentado en los últimos 15 años alrededor de 32% De presentar una tasa de ocupación en los hospitales del sector público a nivel nacional en 1980 de 51%, en 1994 esta ascendió a 68%

- 2.3 Aprovechamiento de los recursos Con respecto al diáspendiode recursos es posible estimar el número de días-cama innecesarios o de camas utilizadas en exceso empleando el promedio de días-paciente en los hospitales Para calcular los días de hospitalización en exceso fue necesario adoptar un estándar de los días-paciente promedio y con base a ese estándar calcular los días paciente esperados dado el número de egresos observados La diferencia absoluta entre los días-paciente observados y los esperados, representa los días de hospitalización en exceso o innecesarios Es importante señalar que este análisis solo es posible hacerlo para los hospitales del sector público pues para los del sector privado no se publican cifras con la duración de las estancias de los pacientes

En 1994 el promedio nacional de días-paciente fue de 4.6 presentándose una variación por instituciones que va de 2.8 días en IMSS-Solidaridad a 4.9 días en el ISSSTE (ver cuadro II) Estas diferencias se explican por la mezcla de servicios Para controlar parcialmente este efecto se puede desagregar la información por tipo de servicio Así se observa que el promedio de estancia por paciente en gineco-obstetricia es de 2.4 días pero este promedio varía por institución Por ejemplo en las instituciones que atienden población no derechohabiente el promedio de días-estancia en gineco-obstetricia es de alrededor de 2 días a diferencia de las instituciones

Institución	Tipo de servicio				Total
	Medicina Interna	Cirugía	Gineco-obstetricia	Pediatría	
Secretaría de Salud	6.1	5.8	2.1	6.3	4.8
Servicios Médicos del DDF	7.6	5.6	2.0	6.1	4.4
IMSS-Solidaridad	5.2	4.1	1.8	4.8	2.8
IMSS	6.3	5.6	2.6	5.5	4.7
ISSSTE	6.7	6.1	2.8	5.4	4.9
Serv. Médicos de PEMEX	3.9	3.2	1.7	2.5	3.6
Total	6.0	5.6	2.4	5.6	4.6

Fuente: Ref 19

de seguridad social donde el promedio está por arriba de 2.7 días. Estas variaciones en el promedio de días-paciente conducen a casi 277 mil días paciente en exceso o innecesarios con respecto al estándar nacional.

Probablemente las diferencias en el promedio de días-estancia en el servicio de gineco-obstetricia por institución se expliquen por la proporción de cesáreas y partos que se desarrollan en cada una de ellas. En 1994 se atendieron 1.7 millones de partos en el área médica, lo cual significa una cobertura de atención del parto hospitalario de 60%. Del total de los partos atendidos, 29% fueron por operación cesárea y de ellos 58% se realizaron en instituciones de seguridad social, 28% para población no derechohabiente y 14% en la medicina privada.

El promedio de días-paciente de los servicios de medicina interna fue de 6 días, con una máxima de 7.6 días en los hospitales del DDF y una mínima de 3.9 días en los hospitales de PEMEX. En este servicio se registraron por lo menos 150 mil días paciente innecesarios. En cirugía los días paciente innecesarios fueron 11 mil y en pediatría 102 mil (ver cuadro II).

El despido en días-paciente se pueden traducir a camas usadas en exceso durante un año. Bajo este criterio, en 1994 se usaron 1,960 camas en exceso, o sea 2.6% del total de camas censables disponibles en el sector público.

Un factor importante que está relacionado con las diferencias en el promedio de días-paciente, es la mezcla de servicios en cada institución. Por ejemplo, en el IMSS o en el ISSSTE 37% de los egresos están relacionados con el servicio de gineco-obstetricia, alrededor del 26% con cirugía y 22% con medicina interna, lo que explica un promedio más elevado. En contraste, el Programa IMSS-Solidaridad presenta 66% de los egresos en gineco-obstetricia, y sólo 12% y 9% en medicina interna y cirugía, lo que resulta en un promedio de días-estancia de hospitalización más bajo. El caso de PEMEX es un tanto diferente pues, aunque su mezcla de servicios es parecida a la del IMSS o ISSSTE, su promedio de días-paciente es bajo.

- 2.4 *Calidad en la atención* Desafortunadamente la información publicada en los anuarios estadísticos no permite evaluar a fondo la calidad de la atención médica que ofrecen los hospitales en México. Con la información disponible difícilmente se reconstruyen indicadores que permitan evaluar de manera directa el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. En el mejor de los casos es posible medir de manera indirecta la calidad a través de

ciertos atributos relativamente estables del ambiente de la atención médica (indicadores de estructura) que ayuda a la planeación de los servicios que a la evaluación de la calidad o a través del cambio del estado de salud de los pacientes que puede ser atribuido a la atención médica (indicador de resultado) como es el caso de la mortalidad intrahospitalaria.<sup>22</sup>

En México se registraron en 1994 alrededor de 105 mil defunciones en los hospitales del sector público. Lo anterior equivale a 25.8 defunciones por cada 1 000 egresos. La mayor tasa de mortalidad hospitalaria se registra en el ISSSTE con 26.4 defunciones por 1 000 egresos y la menor en el IMSS-Solidaridad con 15.5 por 1000. En el caso de los hospitales de la SSA y del IMSS se observa que la mortalidad registrada en los últimos cinco años es estable alrededor de 25 por cada 1 000 egresos.<sup>19</sup> Sin embargo, no es posible utilizar esta información como indicador indirecto de calidad si no se ajusta la mezcla de casos, la gravedad de los ingresos y la edad y sexo de los pacientes.

Uno de los mejores ejemplos en el uso de la mortalidad hospitalaria como indicador de resultado es un estudio realizado en 25 hospitales de la ciudad de México en el que se puso de manifiesto que las diferencias en el riesgo de morir entre las instituciones del sector salud eran atribuibles a las variaciones en la calidad de la atención.<sup>23</sup>

### 3. Heterogeneidad y dispersión de los recursos

La distribución de los recursos hospitalarios a nivel nacional es desigual y así se ha mostrado en páginas previas. Además de las importantes brechas en la disponibilidad de los recursos, también es evidente la heterogeneidad en la eficiencia de los hospitales. Al analizar la relación entre los días-paciente y la tasa de ocupación, se pueden formar cuatro grupos de estados (ver figura 5). En primer lugar están aquellos cuya demanda es baja (tasa de ocupación menor a 85%) y cuya duración de estancia es baja (promedio de días-paciente menor de 4.7), ubicados en el cuadrante inferior izquierdo. En segundo lugar están los estados donde la demanda sigue estando por abajo del promedio nacional, pero los días-paciente están por arriba. En aquellos estados en donde la tasa de ocupación es menor al promedio nacional se están desperdiciando recursos al no utilizar las camas existentes, pero el problema se agrava aún más cuando se combinan con un promedio de días-paciente muy largo.

Existen otros dos grupos de estados en los que la demanda está por arriba del promedio, pero en uno de ellos (cuadrante inferior de la derecha) el promedio de

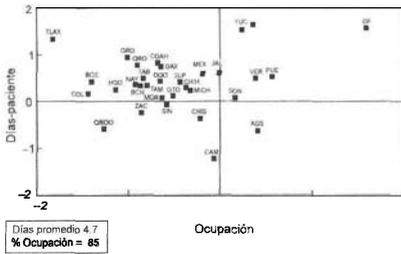


Figura 5 Variación estatal de los días paciente en el IMSS con respecto al porcentaje de la ocupación hospitalaria. 1994.

días-estancia está por abajo de la media nacional, mientras que en el otro grupo los días-paciente rebasan la media. La situación ideal es el cuadrante inferior derecho

El ejemplo presentado en la figura 5 corresponde a los hospitales del IMSS. En los hospitales de la SSA, los estados tienden a agruparse en el cuadrante inferior izquierdo y en el ISSSTE la distribución es entre los cuadrantes inferior y superior del lado izquierdo.

Además de la heterogeneidad en la disponibilidad y en la eficiencia, se observa una importante dispersión de los recursos, sobre todo de los que provienen del sector privado. Como se había mencionado anteriormente, las camas del sector privado representan 31% del total y la mayoría se concentran en unidades médicas de menos de 15 camas (ver figura 6).

## Discusión

Como se mencionó previamente, se registra una tendencia universal a la disminución de camas por habitante. En México la tendencia decreciente en el sector público se combina con problemas de ineficiente utilización. Esto último es particularmente notorio en las camas destinadas a población no asegurada.

A pesar del crecimiento en el número de camas del sector privado, no se observa que se compense el pro-

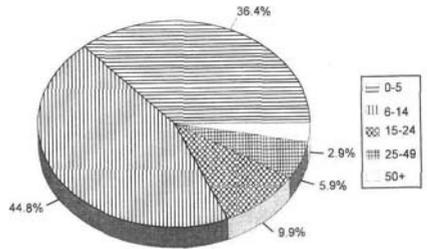


Figura 6. Distribución de las unidades según el número de camas en el sector privado México, 1994

blema de la escasez de camas que prevalece en algunas regiones del país. Es más, el aumento ha sido muy desordenado y tanto la dispersión de los recursos como la creciente brecha en la dotación de los recursos del sector privado, obligan a un proceso de certificación orientado a elevar la calidad y disminuir el despido.

Además de los problemas mencionados, se observó una deficiente calidad en la información disponible sobre los recursos hospitalarios, lo cual impide una adecuada evaluación del desempeño.

Algunas propuestas tendientes a resolver los problemas mencionados se resumen en los siguientes puntos:

- 1 Ampliación de la infraestructura. No es suficiente con aumentar el número de camas en aquellos lugares en donde se requieran o construir nuevos hospitales en zonas desprotegidas. Más bien es necesario pensar en mejorar la eficiencia.
- 2 Acreditación. Este elemento es esencial, sobre todo ante el panorama tan heterogéneo y disperso que existe. La acreditación de los prestadores es un requisito para aplicar el derecho a la protección a la salud.
- 3 Diversificación. Es necesario ofrecer un uso más racional de los recursos con diversidad de sitios de operación.
- 4 Mejores sistemas de información.

# III. Características de la Comisión Mexicana de Certificación de los Servicios de Salud, A. C.

Antonio Hurtado-Beléndez"

## Antecedentes

1990

Grupo de trabajo del sector privado convocado por la Secretaría de Salud.

## Proyectos

Censo Nacional de Unidades Hospitalarias Privadas. Modelo de certificación de hospitales.

## Propósito

Contribuir a incrementar la calidad de los servicios

## Antecedentes 1990 - 1994

- Censo Nacional de Unidades Privadas (Secretaría de Salud)
- Manual de estándares de certificación (instituciones públicas, privadas, educativas. académicas. etc.)
- Elección Comité Directivo
- Elaboración de estatutos
- Registro de la Comisión (Asociación Civil)

## Objetivos

Elaborar estándares orientados a garantizar la calidad de los servicios que otorguen establecimientos o unidades de atención a la salud de los sectores público, social y privado

Certificar el cumplimiento de estos, otorgando la constancia respectiva.

Impulsar la cultura por la calidad en los servicios de salud.

Promover la calidad de los servicios que se prestan en unidades de atención a la salud.

## Objeto social

Constituirse en el Organismo Nacional de Certificación de Estándares para Servicios de Salud, presta-

blecidos por ésta y grupos de expertos en cada ramo, en coordinación con la secretaria de Salud.

Acta Constitutiva: Escritura Pública 11447. Folio 269, Notario Público N° 14 (Texcoco, Edo. de Mexico)

## Características

- Única
- Autónoma
- Nacional
- No lucrativa
- Representativa
- Autosuficiente
- No gubernamental

## Comité Directivo

Representación de los Sectores Público, Social y Privado:

- Presidente: Dr. Antonio Hurtado (Sector Privado).
- Primer Vicepresidente: Dr. Enrique Ruelas (Sector Social)
- Segundo Vicepresidente: Dr. Hector Aguirre Gas (Sector Público).

Representantes de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía:

- Secretario Técnico "A": Dr. Pelayo Vilar Puig
- Secretario Técnico "B": Dr. Jorge Ruiz de Esparza
- Comisario. Dr. Roberto Moreira

Representación de Organizaciones de las Entidades Federativas:

- Vocal: Dr. Eduardo González Soriano

Pendientes de designar representantes de otras organizaciones.

\* Director de *Harvard Health*

Correspondencia y solicitud de sobretiroc. Dr. Antonio Hurtado Beléndez Camino al Ajusco 124.-Piso 13, Jardines de la Montaña, 14210, Mexico. D.F.

## IV. Prueba piloto de certificación de hospitales

Héctor Aguirre-Gas\*

### Antecedentes

Una vez determinada la necesidad de la existencia de un organismo, un procedimiento para la certificación de servicios de salud y definido el marco jurídico, dentro del cual debe llevarse a cabo dicha certificación y los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, candidatos a ser sujetos de ella en los tres niveles de operación, queda establecida la necesidad de precisar los estándares mínimos requeridos para que dicha certificación pudiera ser otorgada.

Mediante el concurso de representantes expertos de los servicios públicos de salud, de las instituciones de seguridad social y de los hospitales privados de las asociaciones de hospitales y de los colegios estatales de médicos, se determinaron los estándares mínimos de certificación.

En forma congruente con la organización de los servicios por niveles de operación, que mediante un sistema regionalizado de referencia y contrarreferencia permite la administración más eficiente de los recursos y con la magnitud y complejidad de la demanda de atención, se determinó la necesidad de estratificar los estándares de certificación en congruencia con el nivel de complejidad de los servicios de salud. Así se integraron estándares para hospitales de alta, mediana y baja complejidad.

Una vez ordenadas y sistematizadas las aportaciones que en forma participativa presentaron los representantes expertos en las diferentes instancias, se integraron los documentos normativos correspondientes y con apoyo en ellos se elaboró una Cédula de Registro para la certificación por cada uno de los niveles de complejidad.

Con el propósito de poner a prueba las Cédulas de Certificación y determinar su aplicabilidad, se decidió llevar a cabo una prueba piloto en cuatro hospitales.

Se integraron dos equipos de certificación, constituidos por personal médico, paramédico y administrativo con experiencia en el desarrollo de actividades de

supervisión y evaluación. Una vez integrados los equipos, se llevaron a cabo reuniones de trabajo dirigidas al análisis de las Cédulas de Certificación, de la metodología para aplicarlas y de sus propósitos. Se efectuaron las modificaciones y correcciones al instrumento que se consideraron pertinentes y se acordaron los mecanismos para la elaboración del informe y la entrega de los resultados.

Bajo la responsabilidad del personal supervisor se elaboró un programa y un cronograma de actividades relación de personal de la Comisión de Certificación relación del personal del hospital que participaría en el proceso y coordinación de las actividades a realizar entre ambos equipos de trabajo.

### Resultados

#### I. Hospital de servicios públicos de segundo nivel de operación

De acuerdo con la estructuración de los servicios en los que se encuentra integrado, este hospital corresponde al segundo nivel de operación, considerando que de acuerdo a ello se aplicarían los estándares de un hospital de mediana complejidad.

Como resultado de la realización de los procedimientos establecidos, se decidió diferir la certificación de este hospital hasta que quedaran resueltos los siguientes problemas:

#### Recursos físicos

Solamente el 19% de las camas de hospitalización cuenta con tomas de oxígeno y succión RJas en la pared, en tanto que los estándares fijan en un mínimo el 30%.

Insuficiente privacidad en el área obstétrica para la valoración de las pacientes.

El área física del departamento de nutrición se considera insuficiente, inadecuada, en desorden, sucia

\* Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Segundo Vicepresidente de la Comisión Mexicana de Certificación y Normalización de Servicios de Salud. Vicepresidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud. Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Héctor Aguirre Gas, Dirección Regional, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, Av Cuauhtemoc 330, Col. Doctores, 06725, México, D.F.

y sin diferenciación de espacios funcionales, conforme a las actividades a realizar.

El laboratorio de fórmulas lácteas no tiene delimitación de sus secciones y la circulación del aire es inadecuada, con lo cual se propicia contaminaciones.

En la central de equipos y esterilización no existe delimitación de áreas, situación que propicia la contaminación del material. Los controles de esterilización son insuficientes.

El área física del Banco de Sangre no tiene delimitadas ni diferenciadas las secciones en las que se realiza el procesamiento de la sangre, conforme a lo establecido por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, estando en riesgo de que se ordene su cierre por las autoridades de esta dependencia.

Insuficiencia de las áreas de circulación en el servicio de urgencias, haciendo difícil el acceso de los pacientes ambulatorios al área de observación, teniendo que llevarla a cabo a través del consultorio de obstetricia.

El equipo para reanimación cardíaca no se encuentra integrado (carro rojo); el desfibrilador se encuentra por separado, desconectado, con las baterías descargadas, carece de "tabla" para compresión cardíaca y de tanque de oxígeno portátil; no existe orden en su contenido en lo referente a medicamentos, cánulas, laringoscopio, material de curación y ambú.

### Organización

Se carece de apoyo de laboratorio, radiodiagnóstico y hemoterapia en el turno nocturno, tanto para el servicio de urgencias como para el hospital, sin estar definida la coordinación con la unidad que debería dar el apoyo en caso de requerirse.

No está definido cómo se obtiene el apoyo para la realización de estudios de inmunología y para la identificación y cuantificación de sustancias tóxicas.

No se asienta nota preanestésica en el expediente clínico. Al final del procedimiento anestésico, se realiza una sola nota de valoración incluyendo la preanestésica y la postanestésica.

Se carece de normatividad formal para la preparación del quirófano entre cirugías.

Se carece de catálogo de regímenes dietéticos, los alimentos se improvisan diariamente.

La dietista no se entrevista con los pacientes para explicarles la dieta que tienen autorizada, valorar sus preferencias y evaluar su tolerancia a los alimentos.

La dietista no participa con el personal médico en la atención a pacientes con compromiso nutricional.

No se aplican encuestas a los pacientes para evaluar la satisfacción por los servicios que les fueron proporcionados.

### Calidad de la atención médica

Aun cuando existen comités médico asistenciales, estos no se encuentran integrados en un Comité de Calidad, sus acciones son aisladas y no repercuten en mejoría de los servicios, No están integrados comités de tejidos, de transfusiones y para el uso racional de medicamentos.

Se cuenta con la normatividad correspondiente al Comité de Evaluación del Expediente Clínico y el personal la conoce, sin embargo la integración del expediente no se realiza conforme a dicha norma sino de acuerdo a criterios particulares de cada servicio, con el propósito de hacerlo más "práctico".

### 2. Hospital de Seguridad Social de tercer nivel de operación

Esta unidad médica correspondió a un hospital de alta complejidad y cumplió con el 100% de los estándares mínimos requeridos, por lo cual se consideró como aceptable para otorgarle la certificación.

### 3. Hospital de Seguridad Social y privado de tercer nivel de operación

A través de la visita de certificación quedó constancia de que se trató de un hospital de alta complejidad. Se consideró aceptable para la certificación, una vez que se establezca formalmente su marco normativo en las áreas médicas, paramédicas y administrativas. se funda al personal. se aplique y se evalúe.

### 4. Hospital privado de tercer nivel de operación

Mediante la aplicación del procedimiento de certificación fue identificado como un hospital de alta complejidad. Se consideró como aceptable para la certificación en cuanto se cumpla con los siguientes requisitos

- Identificación, redacción, difusión, aplicación y evaluación de su marco normativo.
- Integración y funcionamiento de un Comité de Calidad de la Atención Médica que integre a los Comités Médico Asistenciales, incluyendo. Comité de Tejidos, Comité de Evaluación del Expediente Clínico, Comité de Mortalidad, Comité para el Uso Racional de la Sangre y Comité para el Uso Racional de Medicamentos. unidos a los ya existentes. Comité de Credenciales, Comité de Infecciones y Comité de Evaluación de la Satisfacción del Usuario.

## Seguimiento

Los problemas que fueron identificados como limitantes de la certificación de cada hospital, fueron registrados en formatos diseñados exprofeso; en ellos quedó asentado el compromiso para su corrección, el responsable de resolverlo y la periodicidad con que se daría seguimiento hasta su solución. Cuando así proceda, esta prevista una nueva fecha para validar la solución de los problemas que difirieron la certificación y en su caso otorgarla.

## Recomendaciones

Con base en la experiencia adquirida a través de la realización de esta prueba piloto, para la aplicación de una metodología dirigida a la certificación de servicios de salud, el personal de los equipos de trabajo, hizo las siguientes recomendaciones:

1. Formular estándares numéricos en los rubros de productividad, así como para el cálculo de personal

médico y paramédico que permitan establecer juicios de valor objetivos en relación a la aceptabilidad de los resultados

- 2 En los registros e informes se solicita motivos de consulta diagnósticos de egreso y tipos de intervenciones quirúrgicas por lo que se recomienda agregar el espacio suficiente en la cedula de registro para anotarlos, amén de que exista espacio que permita la indicación del número de casos por cada diagnóstico
- 3 En los dos conceptos previos debe registrarse el periodo de tiempo que se está analizando
- 4 Es importante contemplar lo referente a las áreas de labor para el personal de trabajo social, psicología y personal de mantenimiento
- 5 Se propone también cambiar el título de Cedula de Evaluación de Certificación por el de Cedula de Certificación al igual que el de Conceptos a Evaluar por el de Conceptos a Certificar. Es necesario agregar la fecha (día, mes y año) en que se realizó, así como nombre y firma del personal que lo realizó

# V. Procedimiento para solicitar y llevar a cabo una evaluación

Pelayo Vilár-Puig\*

## I. Instituciones que pueden solicitar la certificación

Cualquier hospital ubicado en territorio de México, que haya estado en funcionamiento un mínimo de un año y que cuente con las licencias establecidas por la ley. Queda plenamente aceptado por la Comisión Mexicana de Certificación Hospitalaria y por cualquier hospital que solicite la evaluación, que ésta es absolutamente por voluntad expresa del hospital y que el proceso no tiene ningún carácter coercitivo.

## II. Procedimiento para solicitar la certificación

1. El hospital envía una solicitud firmada por el Director a la CMCH.
2. La CMCH envía al hospital en un plazo no mayor de 15 días los manuales y hojas para vaciado de datos que la comisión requiera y las autoridades del hospital deberán regresarla documentación, firmada por el Director del hospital en un plazo no mayor de 15 días, acompañada del pago correspondiente que no será reembolsable por ningún concepto. (La cantidad varía según si se trata de alta, mediana o baja complejidad)
3. La CMCH informa por escrito en un plazo no mayor de 15 días, si esta de acuerdo con la documentación recibida y le solicita al hospital una fecha para efectuar las visitas.
4. El hospital deberá informar por escrito en un plazo no mayor de 8 días las fechas para las visitas. Las cuales podrán variar en el número de días, pero nunca sobrepasarán 5 jornadas.
5. Una vez convenidas las fechas y hora de las visitas, los evaluadores acuden al hospital y durante el tiempo que permanezcan en el establecimiento, deberán contar con el auxilio de un administrador ejecutivo,

nombrado por el Director del hospital, para que los visitantes tengan acceso a las instalaciones y documentación y podrán entrevistar al personal necesario.

Durante las visitas y si así fuera necesario, el hospital tendrá que proporcionar alojamiento y alimentación a los evaluadores y además un lugar donde puedan desarrollar adecuadamente el proceso de vaciado de la información obtenida.

6. Una vez que se termina el proceso de la visita y de elaboración de la documentación, el informe es turnado por los visitantes a la directiva de la CMCH, quien en un plazo no mayor de 15 días debe informar por escrito al hospital visitado si la acreditación fue: Concedida, condicionada o denegada.
7. Una vez que un hospital es acreditado, esta acreditación tendrá una vigencia de 3 años, al término de los cuales, si el hospital desea continuar manteniendo su certificación, deberá cumplir con el mismo procedimiento utilizado la primera vez
8. Cuando un hospital reciba la notificación de que ha sido acreditado, además del certificado correspondiente, recibirá una placa donde se indique que el establecimiento está certificado por la CMCH y con la fecha desde se indique la vigencia de la placa. Esta placa deberá colocarse a la entrada del hospital, con el fin de que sea visible al público.
9. Cuando la acreditación sea condicionada, el hospital dispondrá de un máximo de 6 meses para cumplir con las recomendaciones dadas por la CMCH en su visita inicial; al término de este plazo la comisión visitará nuevamente el hospital y dará su dictamen final. Si las recomendaciones son cumplidas antes de este plazo y el Director solicita por escrito que la comisión haga la nueva visita antes del plazo y si se cumplieron las recomendaciones, la acreditación será concedida.
10. Cuando la acreditación no es concedida, el hospital requerirá un periodo mínimo de espera de un año, al

\*Vice-presidente de la Academia Nacional de Medicina (período 1995)

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Pelayo Vilár Puig, Academia Nacional de Medicina Centro Médico Siglo XXI, Bloque "B", Av Cuauhtémoc No 330, 06725, México, D.F

termino del cual podrá solicitar un nuevo proceso de acreditación. Si las fallas observadas son corregidas en un periodo menor, el hospital puede notificarlo por escrito a la CMCH y ésta efectuará una visita de verificación y, en caso de que sus recomendaciones hayan sido cumplidas, concederá la acreditación al hospital.

- 11 Cuando la acreditación no ha sido concedida pero además la comisión observa fallas muy graves que ponen en peligro la salud y aun la vida de los enfermos, informará al cuerpo directivo del hospital y se reservará el derecho de informar a las autoridades de salud correspondientes.

### **III. Procedimiento para inconformarse**

En caso de que las autoridades de un hospital estén inconformes con el fallo dado por la comisión, disponen de un periodo máximo de 30 días para notificar su desacuerdo a la directiva de la CMCH. La inconformidad debe manifestarse por escrito, fundamentando el porqué del desacuerdo y deberá estar firmado por el Director del hospital.

Una vez que la CMCH reciba el documento, lo estudiará y si procede, nombrará una comisión integrada por evaluadores que no hayan participado en la visita y dictamen previos del hospital en cuestión. Esta comisión analizará toda la documentación y si es necesario solicitará una nueva visita al hospital con el fin de evaluar las instalaciones, documentos o procesos motivo de la inconformidad. Posterior a la visita dispondrán de un plazo de 15 días para informar a la directiva de la CMCH que, a su vez y de acuerdo con la nueva información, emitirán el dictamen final, que será enviado al hospital inconformado; este fallo será inapelable.

### **IV. Confidencialidad**

Los datos recabados por la CMCH de determinado hospital, son absolutamente confidenciales y no pueden proporcionarse a ninguna persona o institución sin el permiso expreso por escrito del Director del hospital a excepción del caso contemplado en el inciso 11 de la sección II.

Esta política no impedirá que la CMCH elabore los informes globales y generales producto de las visitas hospitalarias informando a la comunidad interesada sobre la situación de los hospitales nacionales tanto en su estructura como en su proceso y resultado. Por lo antes expuesto por el sólo hecho de solicitarla evaluación el hospital está autorizando que se divulgue la información de la institución cuando esto se hace en forma general.

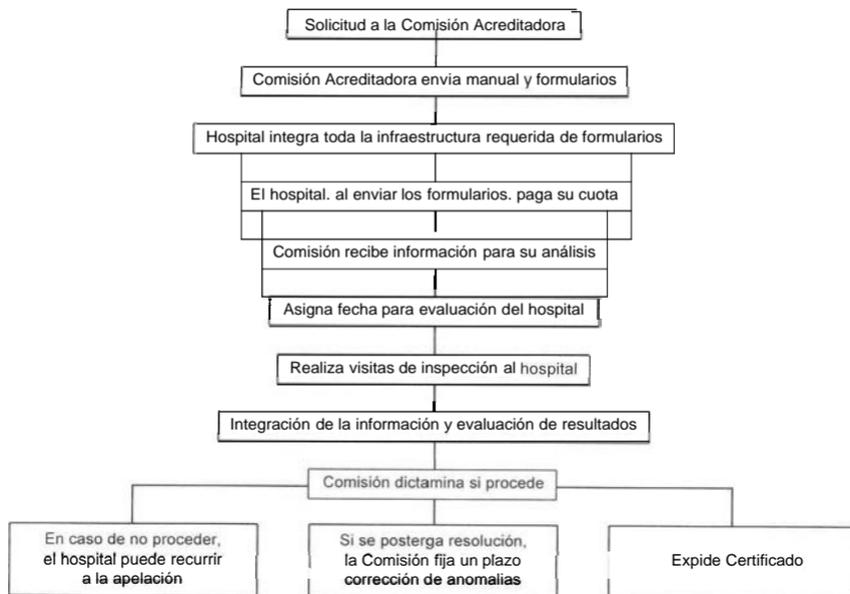
### **V. Hospitales con particularidades**

Los hospitales especializados, por ejemplo los psiquiátricos, serán motivo de normas y formas de acreditación diseñadas específicamente, sin embargo el proceso de acreditación será el mismo que en el resto de los hospitales.

### **VI. Objeción por parte de las autoridades de un hospital a una o más normas**

Cuando, a juicio de las autoridades de un hospital, haya normas establecidas por la CMCH que no sean aplicables a su caso, podrá solicitar que no se tomen en cuenta, solicitándolo por escrito a la CMCH, en documento que deberá estar firmado por el Director del hospital.

Diagrama de flujo para solicitud de acreditación



## VI. El modelo mexicano para los estándares mínimos en la certificación de hospitales

José Narro-Robles\*, Héctor Fernández-Varela Mejía\*\*

Me permitiré empezar por compartir con ustedes algunas reflexiones sobre las diferencias entre nuestra legislación y la de otros países, como es el caso de la definición de acreditación emitida por la Comisión Conjunta de Acreditamiento de Hospitales de los Estados Unidos de América, y de la expresada por la Organización Panamericana de la Salud. En este sentido, la legislación mexicana establece que, por certificación se entiende el procedimiento mediante el cual se asegura que el producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas, lineamientos o recomendaciones de los organismos dedicados a la normalización, tanto nacionales como internacionales.

Por lo tanto, el concepto legalmente aceptado en nuestro país para la actividad a que nos referimos en esta reunión es el de CERTIFICACION como bien lo establece el título del evento, pues el término de acreditamiento se reserva al acto mediante el cual la autoridad otorga el reconocimiento a los organismos que llevan a cabo actividades de certificación.

Al respecto, consideramos importante no extrapolar "a pie juntillas" los conceptos y esquemas de evaluación y verificación de servicios médicos de otros países, que tienen un sistema de regulación de sus servicios muy diferente al nuestro, en los cuales la participación gubernamental o estatal es limitada y se basa en la credibilidad al prestador de servicios, y donde la acreditación, para nosotros certificación, es realizada sólo por organizaciones no gubernamentales.

Ante la reforma del Sistema Nacional de Salud, sustentada en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo como los propósitos fundamentales de lograr equidad, eficiencia y calidad, estimamos a esta última de vital importancia en el proceso de reestructuración de la Secretaría de Salud. A la Dirección a mi cargo corresponde, en su nueva misión, la atribución de desarrollar programas y acciones para elevar la calidad y la eficacia de todos los servicios de atención médica y asistencia social en los ámbitos público, social y privado.

De hecho, se incluyeron en el Plan Nacional de Salud 1995-2000, programas dirigidos al mejoramiento de la

calidad de la atención, en los rubros de normalización, desarrollo de personal y de los servicios de la atención médica. Asimismo se incluyó dentro de los programas estratégicos, el mejoramiento continuo de la calidad y la promoción de la certificación de los servicios de atención médica del sector privado.

Esto implica disponer de mecanismos e instancias que regulen y vigilen el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en el ejercicio de las profesiones y de los establecimientos dedicados a la atención médica, además de promover y coordinar la certificación de dichos establecimientos, en la que intervienen los sectores público, social y privado a través de organismos acreditados por la autoridad competente.

Es necesario distinguir el ámbito de los actos de autoridad fundamentados en nuestra legislación, de los estándares que pueden ser verificados por organismos no gubernamentales para la certificación de servicios.

En México, la prestación de servicios de atención médica es regida por el artículo 4° de nuestra Constitución Política que se instrumenta a través de la Ley General de Salud publicada en febrero de 1984 y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica expedido en abril de 1986.

La Secretaría de Salud, a través de diferentes unidades administrativas, tiene la atribución de vigilar, verificar y, en su caso, sancionar a los establecimientos y prestadores de servicios que no cumplan los preceptos de este Reglamento o las normas vigentes.

Conforme a las políticas de concertación e inducción, el proceso de certificación coadyuva con la legislación vigente, al promover que las unidades de atención médica cumplan con los estándares de calidad establecidos.

Al reconocer la capacidad técnica y académica de las organizaciones de certificación, la autoridad sanitaria permite su concurso, las acredita y reconoce oficialmente tanto a los organismos como a los actos de certificación que dicten.

Portanto, la vigilancia de la calidad de los servicios de atención médica se realizará en dos vertientes'

\*Subsecretario de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud.

\*\*Comisión Nacional de Arbitraje Médico SS

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Narro Robles, Ljeja No. 7, Piso 1, Col. Juárez. 06600, México. D.F.

- I. La supervisión permanente y evaluación constante a través de la Secretaría de Salud; así, desde el inicio de esta administración, hemos establecido un programa de supervisión y diagnóstico a todas las entidades federativas para garantizar la calidad de la atención, vigilando que también los centros de salud y hospitales públicos cubran los requisitos que marca la Ley y se les otorgue una licencia de funcionamiento, que sería el primer paso para cumplir con el mínimo de calidad.

En este programa de supervisión y evaluación constante, se valoran desde aspectos estructurales como: condiciones físicas del inmueble, equipamiento, plantilla de personal y organización; de proceso, como: son el manejo de los manuales de administración y procedimientos, y de resultados, mediante el análisis de la mortalidad hospitalaria, tiempos de estancia, etc.

Estos programas se deben llevar en paralelo en las instituciones de seguridad social a las cuales la Secretaría de Salud les delega las funciones de supervisión y evaluacional interior de sus unidades, con el compromiso de informar a la Secretaría de los resultados obtenidos y sin perjuicio de la intervención directa de esta en caso necesario.

- II La otra vertiente, la de certificación de la calidad a través de organismos no gubernamentales, se constituye en un mecanismo de apoyo a la calidad de la atención que prestan las unidades médicas, y que complementa la verificación que realiza la autoridad sanitaria. Así, el procedimiento de certificación funcionaría como un mecanismo adicional de promoción y evaluación de los estándares previamente establecidos, para todos aquellos establecimientos médicos que los soliciten en forma voluntaria.

Actualmente se cuenta con un Censo Nacional de Unidades Hospitalarias del Sector Público actualizado a 1994 y otro del Sector Privado, que se llevó a cabo en 1993 con la participación del grupo representativo de los hospitales privados establecidos en el área metropolitana de la ciudad de México.

También se elaboró el Modelo Mexicano de Certificación Hospitalaria, que incluye el manual de estándares, los mecanismos de certificación, así como las características del organismo certificador

En la estructuración de estos documentos, colaboraron la Academia Nacional de Medicina, la Organización Panamericana de la Salud, la Academia Mexicana de Cirugía, la Fundación Mexicana para la Salud, la Sociedad Mexicana de calidad de atención a la Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Asociación Mexicana de Hospitales e Instituciones de Seguridad Social y Hospitales Privados, bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Con base a los resultados obtenidos en los Censos Hospitalarios, fue necesario establecer una clasificación de estándares de acuerdo a tres categorías: de baja, mediana y alta complejidad, y yo diría mejor de baja, mediana y alta capacidad resolutive

La clasificación fue realizada considerando, además de los criterios de infraestructura como el número de camas, otros aspectos como el grado de especialización de sus recursos humanos, la tecnología de apoyo disponible y las características de su organización.

En el modelo mexicano de certificación se incluyen las siguientes definiciones:

- Hospital: todo establecimiento, independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica, que cuenta con camas para el internamiento de pacientes y con los recursos necesarios para proporcionar de manera organizada, servicios médicos y quirúrgicos.
- Función básica del *hospital*: el proporcionar atención médica continua; como complemento, dependiendo de su nivel de complejidad y de sus objetivos específicos, puede tener otras funciones, entre ellas, la formación de recursos humanos y la investigación científica
- Derechos de los pacientes: en México existe el derecho constitucional a la protección de la salud. La certificación es un medio para asegurar niveles suficientes de calidad que garanticen a cualquier persona esa protección, así como el respeto a sus derechos como ser humano y como paciente, de acuerdo con los valores socialmente aceptados y que se expresan como derecho a: acceso a tratamiento, trato digno y respetuoso, privacidad y confidencialidad, seguridad personal, información, comunicación y libre aceptación del tratamiento por parte del enfermo.
- Responsabilidades y obligaciones de los pacientes dentro del marco ético establecido en los derechos de los pacientes. Estos tendrán las siguientes responsabilidades y obligaciones. suministro de información, cumplimiento de instrucciones. asumir las consecuencias derivadas del rechazo del tratamiento, cumplir los reglamentos y estatutos del hospital, respeto y consideración.
- Condiciones para solicitar la certificación. todo establecimiento que responda a la definición de hospital mencionada, podrá solicitar su certificación como tal; para ello deberá reunir los siguientes requisitos. contar con la aprobación de la autoridad sanitaria federal, estatal o municipal que corresponda (licencia sanitaria); tener al menos un año de funcionamiento continuo, legalmente habilitado; mantener sus instalaciones en funcionamiento los 365 días del

año; mantener instalaciones, camas y servicios disponibles de manera continua las 24 horas del día; contar con un cuerpo médico propio que garantice la atención permanente, y asegurar que todo el profesional que tenga acceso al uso de sus instalaciones se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas.

- Características del organismo certificador: se definieron como principales características del organismo certificador el ser autónomo, no gubernamental, no lucrativo, nacional, representativo de todos los sectores e instituciones, único, de afiliación voluntaria y financieramente autosuficiente.

Posteriormente, para el diseño y elaboración de los estándares, se tomó como base el documento "Garantía de calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la Organización Panamericana de la Salud. Con estos datos, el grupo de expertos diseñó los estándares hospitalarios para los tres niveles citados, a diferencia de los Modelos de Acreditación Norteamericana y Canadiense que cuentan con una sola categoría.

Se elaboraron en una primera etapa estándares mínimos, que representan el nivel básico indispensable para otorgar una atención médica adecuada y que abarca tanto los aspectos administrativos como los de práctica clínica; se logró así concretar el Manual de Estándares Mínimos para la Certificación Hospitalaria de unidades de baja, mediana y alta complejidad, aunque yo insistiría en hablar de capacidad de resolución, pues el término complejidad me resulta demasiado ambiguo; dicho Manual constituye la base del anteproyecto de Norma Mexicana correspondiente.

La finalidad de esta Norma Mexicana (actualmente en fase de anteproyecto), es la de establecer criterios que definan los estándares mínimos que deberían cubrir las unidades hospitalarias en los tres grados de capacidad resolutive, para que se pueda proceder a la certificación de su calidad.

La elaboración de estos requisitos de calidad de atención médica, constituye un elemento normativo destinado a evaluar servicios o instituciones con objetivos previamente definidos.

Para elaborar los estándares de certificación, se consideraron los principales indicadores de calidad que permitan la verificación de los datos más representativos de la realidad existente y que evalúen aspectos de estructura, proceso y resultados.

Se tomaron en cuenta otros elementos básicos para la definición de estándares, como son: que sirvan de base de comparación, se reconozcan como modelo a imitar, y sean los mínimos con los que la comunidad puede estar razonablemente satisfecha.

Todos los estándares están ordenados por niveles de satisfacción crecientes y correlativos, de manera que para alcanzar un nivel de calidad superior deben haberse satisfecho necesariamente los niveles anteriores

Para la interpretación de los estándares, deberán considerarse los siguientes criterios

- a) Los estándares tienen igual jerarquía no existen requisitos eximibles, los requisitos preliminares de finiran las limitaciones para acceder al programa de certificación
- b) Los distintos niveles de exigencia de los estándares tienen por finalidad promover el desarrollo armónico del establecimiento promoviendo la coherencia del nivel de calidad de todos sus servicios
- c) En una primera fase localización de los estándares debe permitir una cierta flexibilidad para estimular a los interesados en un proceso de mejora constante de la calidad
- d) Las sucesivas recertificaciones conllevaran un aumento progresivo en los niveles de exigencia En este sentido los grados de satisfacción cumplen con la finalidad de orientar los objetivos hacia los cuales los establecimientos deben dirigir sus esfuerzos de mejoramiento en el futuro

El anteproyecto de Norma Mexicana, contiene los estándares mínimos de los tres niveles de capacidad resolutive e incluyen aspectos de estructura como planta física, equipamiento, recursos humanos, organización, etc.; de proceso: atención en los diferentes servicios (urgencias, consulta externa, quirófanos, auxiliares de diagnóstico y comités técnico-médicos entre otros, y de resultado: promedio de estancia hospitalaria, mortalidad, indicadores de productividad, análisis de causas de egresos, satisfacción del usuario y del personal, etc.

Puedo reiterar que la Secretaría de Salud ha establecido, como política, la implantación de sistemas de vigilancia y certificación de las unidades, servicios y recursos médicos, tanto públicos como privados, con la participación de organizaciones académicas independientes a fin de promover la autorregulación; por lo tanto, el futuro de la certificación de los servicios de atención médica en México, será retomar sus avances y continuarlos, considerándolo un proceso irreversible, que incluso debe ampliarse para contemplar no sólo hospitales, sino también laboratorios, gabinetes, etc., hasta llegar al consultorio médico. Para continuar el proceso, será necesario acreditar legalmente a la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Atención Médica y formalizar a corto plazo la Norma que establece los estándares mínimos de calidad para la certifica-

ción de hospitales en los sectores público, social y privado. En ese momento estaremos en la posibilidad de llevar a cabo el proceso de certificación, con el apoyo y coordinación de la Secretaría de Salud.

Estoy seguro de que una vigilancia sanitaria eficaz, el programa de supervisión y evaluación permanente de los

servicios de salud por la autoridad sanitaria, y la certificación voluntaria de establecimientos de atención médica por organismos no gubernamentales acreditados, permitirán garantizar servicios de calidad, basados en principios de equidad, vocación de servicio y humanismo.

## VI. La certificación de hospitales

Octavio Rivero-Serrano\*

La prestación de servicios de cualesquier índole está necesariamente ligada al nivel de desarrollo de una sociedad. Las sociedades primitivas, con poco adelanto cívico y cultural, tienen servicios pobres, escasos y sin ningún control de calidad. Al avanzar el desarrollo y la cultura en una sociedad, los beneficiarios de los servicios adquieren una conciencia de sus derechos, exigen que éstos sean de calidad y los prestadores de servicios deben aceptar que la evaluación de sus acciones debe ser aceptada como un proceso natural, que no interfiere con su libertad o autonomía y que en la decisión de convertirse en prestadores de servicios, debe estar implícita la aceptación de que en una sociedad avanzada, este proceso de evaluación para la calidad es indispensable.

En el ámbito de la medicina, en el de la atención a la salud, existen de hecho, de una forma o de otra, prestadores de servicios a distintos niveles. Prestadores de servicios que en su integración pueden lograr que la atención de la salud sea de gran calidad o que no lo sea.

Son prestadores de servicios los que adquieren la obligación voluntaria de dedicarse a la formación de recursos humanos para la atención a la salud, los propios profesionistas que ejercen una de las profesiones ligadas a esta atención, y los que de una forma u otra organizan, dirigen y prestan servicios para la atención a la salud, ya sea en consultorios, en centros de salud o en hospitales de distinta magnitud y complejidad.

La labor de unos y otros esta ligada y en el proceso de búsqueda de calidad, constituyen el eslabón de una cadena. Para que exista calidad en la atención a la salud, es necesario que las escuelas que forman a los médicos, a las enfermeras, a los técnicos y otros elementos necesarios, tengan un desempeño de calidad. Se necesita que el ejercicio de estos profesionistas, a lo largo de su carrera, conserve elementos de información y destrezas que aseguren localidad y que las instalaciones, ya sea un sencillo consultorio, un centro de salud o un hospital de alta complejidad, tengan los requisitos indispensables de instalación física y, sobre todo, de organización funcional para asegurar una atención de calidad.

De acuerdo con esto, en una sociedad avanzada, unos y otros deben ser sometidos a procesos de evaluación que certifiquen o acrediten su nivel de calidad. Cuando una sociedad se está preocupando por esto, ha traspuesto los niveles mínimos de organización y puede decirse que va rumbo a mejores niveles de servicio.

Esto es en síntesis una cultura de evaluación para la calidad.

Este año el Consejo de Salubridad General, con aprobación del pleno, ha decidido iniciar una serie de acciones que impulsen ejercicios de evaluación en las diversas áreas mencionadas, con el objeto de inducir mecanismos que redunden a corto y mediano plazo en una mejor calidad de la atención a la salud y puedan los cuerpos colegiados organizados para este fin certificar este nivel. Tarea que por otra parte cumple fielmente con las asignadas al Consejo en la Constitución General de la República y en la Ley General de Salud.

Es esta una tarea que requiere dedicación y una prudente labor de convencimiento, para que todos los interesados realicen acciones de consenso. Tarea que por otra parte es urgente, ya que en algunas áreas de las señaladas, se han dado pasos sin tomar en consideración a la autoridad sanitaria que no sólo puede sino debe ser partícipe de las acciones de regulación necesarias, como es el caso de supuestas certificaciones del médico general con que han sido sorprendidos médicos generales en el interior del país y que hoy denuncia, no tendrán validez oficial mientras no provengan de programas establecidos de consenso por el organismo autorizado por quienes deben hacerlo.

Las autoridades sanitarias han encomendado la certificación de los médicos especialistas al grupo formado por las Academias de Medicina y Cirugía, en el que participan varios consejos de especialidades. Esta labor, iniciada por la Academia de Medicina hace más de veinte años, tendrá toda la fuerza necesaria cuando la Ley de Profesiones marque la obligatoriedad de la certificación y recertificación de los especialistas.

En el caso del ejercicio de la medicina general, el Consejo de Salubridad General en su sesión del 10 de noviembre pasado, aprobó la convocatoria a formar el

\*Secretario del Consejo de Salubridad General

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Octavio Rivero Serrano Carretera Picacho-Ajusco 154-Piso 6, Jardines de la Montaña, 14210, México, D.F.

Consejo de Medicina General. con la participación de los elementos representativos de esta forma de ejercicio, quien diseñara los mecanismos para certificar y recertificar esta forma de ejercicio, voluntaria en principio, como se inició la de especialistas.

Es necesario señalar que en el caso de la atención a la salud, el lograr que los eslabones de la cadena sean de calidad comprobada, es del todo indispensable. No sólo porque va con ello la salud de los habitantes del país, sino porque además tiene que ver con la adecuada relación costo-beneficio, principalmente ahora que algunas acciones de atención se han vuelto muy costosas. Una mala atención médica redundaría no sólo en la enfermedad mal atendida, sino en un costo innecesario. Es muy difícil calcular lo que cuesta a las instituciones y a los particulares la atención a tercer nivel de enfermedades que debieron atenderse con éxito en el primer nivel de atención, pero seguramente es un costo elevado y ciertamente innecesario.

Es ésta una reunión dedicada a analizar la conveniente evaluación y certificación o acreditación de la calidad de instalaciones de salud; en teoría lo expuesto en ella debería concretarse a este aspecto. sin embargo es necesario insistir en que la calidad de la atención médica tiene que descansar en diferentes factores que se interrelacionan: la calidad de los médicos formados, la continuidad de esta formación que en el caso de la medicina es imprescindible mientras dure el ejercicio profesional, la calidad y el buen uso de los insumos para la salud y la calidad de la atención en los centros dedicados a ello. Es por esto que ésta es la materia de trabajo impuesta al Consejo y que fue aprobada como un conjunto de programas que constituyen un gran programa único: el de evaluación para la certificación de la calidad, que se integra con los subprogramas que he mencionado

En estos programas el Consejo, mientras este bajo mi responsabilidad, trabajara sin descanso, aun reconociendo los intereses creados que habrá que vencer y las voluntades que necesitará conjuntar para lograrlo

En países que nos adelantan en organización de estos aspectos, de tiempo atrás se han formado grupos que atienden los aspectos que he señalado y que trabajan de consumo con las autoridades sanitarias y educativas. El Consejo de Salubridad General, con el fin de llevar a cabo estos programas, considera la necesidad de unir voluntades en los diversos campos señalados, en la forma de cuerpos colegiados representativos

de todas las instancias involucradas en cada uno de los aspectos señalados.

Así como en el caso de la formación de los médicos o de la educación continua de ellos, la participación de la AMFEM, de la ANUIES, de la Secretaría de Educación, es indispensable en el grupo rector de la acreditación de hospitales, no sólo las autoridades sanitarias sino las que tienen la responsabilidad de aspectos de comercio o industriales a los que la medicina organizada esta actualmente ligada.

Sabemos por otra parte que existe en otros países la tendencia a entregar en su totalidad la organización de estos grupos colegiados a organizaciones no gubernamentales. Consideramos que esto puede ser útil en el momento del desarrollo de otros países, no parece lo adecuado para el momento que nosotros vivimos. Un país que comenzó hace más de setenta años el control de calidad de la atención a la salud a través de certificación de escuelas de medicina o de médicos o de hospitales, puede ser que ahora vea la conveniencia de dejar por completo en manos de organismos no gubernamentales esta grave responsabilidad. Nosotros apenas comenzamos con esta tarea y es una tendencia en la cual hay todavía mucho que caminar y desbrozar obstáculos en el camino. La autoridad sanitaria desea encontrar caminos para permitir el desarrollo de estos grupos, sin que su trabajo, sus procedimientos de evaluación, el proceso mismo de la certificación, sean ajenos a la autoridad sanitaria. Debemos ser capaces de encontrar estos mecanismos para que trabajen en ello grupos organizados representativos, quizá varios, con el apoyo, la discusión, el análisis, la participación de quienes tienen por ley la responsabilidad

Un esquema puede ser el del organismo colegiado formado por diversos sujetos representativos de los intereses en juego, que diseña y aplica los mecanismos de evaluación y al final certifica; otro esquema puede ser el que este cuerpo colegiado, del que si parece indispensable su formación, encargue a una sociedad civil o sociedad o empresa el diseño, la aplicación de los mecanismos de evaluación, aún su calificación, siendo el organismo colegiado quien otorgue la acreditación o certificación.

Estoy seguro, dado que a todos no nos mueve sino el deseo de servir a la medicina mexicana, que encontraremos las formas para lograr que estos proyectos se conviertan a corto plazo en sólidos programas de evaluación y de acreditación.