

# Calidad de la atención

## Investigación, docencia y servicio

---

La preocupación por la calidad de los servicios de salud ha estado presente en el INSP prácticamente desde su creación. En los ochenta, Avedis Donabedian formó parte del Comité Consultivo Académico, oportunidad que fue aprovechada para crear la Unidad de Garantía de Calidad, en funcionamiento hasta los primeros años de la década siguiente. Posteriormente, la calidad se incorporó como asignatura en diversos programas y en la oferta de educación continua, se implementaron diversos proyectos de investigación y consultoría, y surgieron alumnos que se graduaron con trabajos sobre calidad, sin llegar a constituirse en una línea de investigación que diese respuesta a las crecientes demandas del sistema, cuya más reciente manifestación es el Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2013-2018 con la estrategia 2.2.: “Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.<sup>1</sup>

En 2014 se presentaron condiciones favorables para crear el Centro de Investigación en Calidad y Encuestas (CICE), como fueron: 1) la reorientación de un proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo para realizar un diagnóstico estratégico y propuesta de intervenciones sobre calidad del primer nivel de atención, que dio base a la publicación de dos mono-

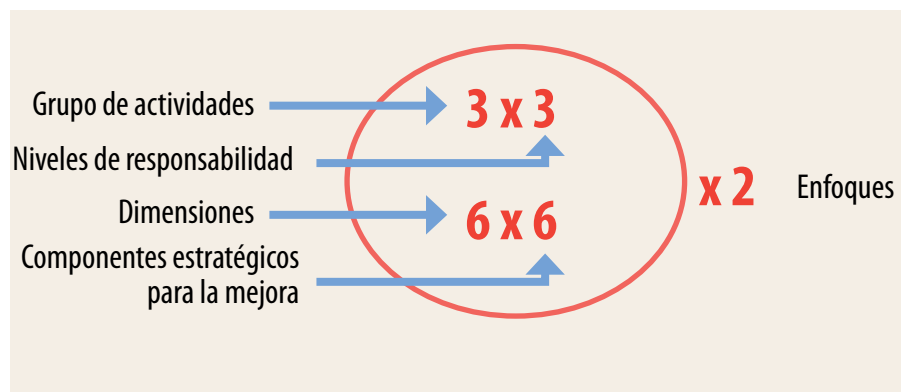
grafías,<sup>2,3</sup> y al inicio de un proyecto para evaluar con un enfoque integral las guías de práctica clínica;<sup>4</sup> 2) la incorporación a la oferta del INSP de la Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud, y 3) la consecución en convocatoria internacional de la Cátedra AXA sobre mejora de la calidad en servicios de salud, que brindó una base sólida para desarrollar la línea de investigación. El CICE se creó al transformar el Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE), al cual se añadieron atribuciones explícitas en materia de calidad.

A continuación se describe el marco teórico que manejamos para encuadrar las actividades, y los aspectos más relevantes hasta la fecha de cada una de ellas.

### **Gestión y mejora continua de la calidad en los servicios de salud: marco de referencia para un enfoque integral y sistémico**

En el CICE abordamos la mejora de la calidad con un enfoque propio, sistémico e integral, en el que cada actividad tiene sentido en sí misma, pero se visualiza en un marco global, como se muestra en la figura 1.

Figura 1 Un marco de referencia integral y sistémico para la gestión y mejora de la calidad



### Los tres grupos de actividades para la mejora continua de la calidad

En la dinámica de la mejora continua de la calidad son distinguibles tres grupos de actividades que se diferencian por su objetivo inmediato y un cierto cuerpo metodológico propio: “monitoreización”, “ciclos de mejora” y “planificación o diseño”. Las tres son posibles puertas de entrada para la mejora.

*Monitorizar* la calidad implica tener y medir indicadores para saber qué hay que mejorar, y controlar cambios. No tiene sentido si no se reacciona ante valores inadecuados. Esta reacción son los *ciclos de mejora*, para averiguar las causas de la calidad inadecuada, y diseñar intervenciones para mejorarla. Los *ciclos de mejora* comienzan con la identificación de problemas, a partir de monitorización o por métodos cualitativos, y terminan con su solución.

La *planificación* de la calidad implica definir de antemano cómo hay que hacer las cosas para hacerlas bien. Utiliza herramientas de diseño de procesos como las guías y vías de práctica clínica, cuya implementación ha de ser monitorizada con indicadores adecuados. Por otra parte, para que las mejoras conseguidas en ciclos de mejora permanezcan, generalmente hay que rediseñar los procesos implicados. Así, monitorización, planificación y ciclos de mejora se visualizan de una forma integrada.

### Diversos niveles de responsabilidad para la gestión y mejora de la calidad

En cualquier sistema de salud existen diversos niveles de responsabilidad para mantener y mejorar la calidad. En nuestro esquema consideramos al menos tres: sistema, centro y atención individual. Puede haber otros niveles, pero siempre tendrán que relacionarse de forma sinérgica.

### El multinivel, multidimensional, y multiservicio concepto de calidad

La calidad puede conceptualizarse a diversos niveles, con diversas dimensiones y para diversos ámbitos de aplicación. Como concepto, hay un nivel global, esencial para cualquier servicio o producto, que sitúe en el centro las necesidades y expectativas de quien lo recibe.

Un segundo nivel, referido al sector salud, implica una serie de aspectos o dimensiones. El esquema que utilizamos, basado en una

propuesta del Instituto de Medicina de Estados Unidos<sup>5</sup> y asumido por OMS,<sup>6</sup> distingue seis. Tres de ellas (“efectividad”, “eficiencia” y “seguridad”) son las más conocidas y aplicadas a la atención clínica. Otra dimensión, la “aceptabilidad”, ha ido evolucionando como atención centrada en el paciente, familia y población, pasando de atención individual a poblacional. Las otras dos (“accesibilidad” y “equidad”) son netamente poblacionales. Pueden priorizarse, pero el concepto es multidimensional.

El tercer nivel es el operativo: definir criterios e indicadores para medir calidad en problemas de salud y servicios concretos. La búsqueda de indicadores para este nivel operativo es un campo de investigación de la máxima importancia.

Finalmente, el concepto de calidad es aplicable a otros ámbitos y servicios no clínicos, como los de salud pública, cuya calidad es un campo de desarrollo relativamente reciente.<sup>7,8</sup> Una conceptualización integral y sistémica debe considerar todos los servicios.

### Los seis componentes estratégicos para mejorar la calidad

Las iniciativas para mejorar la calidad son complejas. Para decidir qué hacer, ayuda considerar seis componentes estratégicos: liderazgo, sistema de información, participación de pacientes y población, regulación y estándares, capacidad organizacional para la calidad, y modelos de atención<sup>6</sup>. Generalmente se necesitan intervenciones en varios, o todos, los componentes estratégicos

El “liderazgo” supone tener capacidad, conocimiento y habilidad para motivar y movilizar a las personas en el sentido deseado. El “sistema de información”, diseñado de forma válida y fiable, es básico para saber el nivel de calidad y controlar el efecto de las intervenciones. La “participación de pacientes y población” está en el centro de la atención de calidad, le da sentido y permite aprovechar toda su potencialidad. La “regulación y estándares” incluye la normatividad del sistema, los programas externos de monitorización, acreditación, certificación, etc., y diseños estandarizados como las guías de práctica clínica. La “capacidad organizacional” incluye la infraestructura física y de personal con los conocimientos y habilidades necesarios para los servicios que se ofrecen, y para una cultura de calidad. Los “modelos de atención” integran toda la evidencia existente para prestar atención de calidad a problemas de salud determinados, incluyendo todos los servicios y todas las dimensiones.

Este esquema lo hemos aplicado en México para proponer intervenciones para mejorar la calidad del primer nivel de atención del subsector dependiente de la Secretaría de Salud.<sup>2,3</sup>

### Dos enfoques o iniciativas generales para la mejora de la calidad

Existen dos posibles enfoques para mejorar la calidad: interno y externo. En el interno, los protagonistas de lo que se quiere mejorar se implican en la selección de temas, indicadores y métodos. En el externo, las reglas (temas, indicadores, mé-



Los avances del INSP en el ámbito de la investigación, docencia y servicios en calidad de la atención a la salud son tangibles y representan el resultado de un trabajo continuo y congruente con la filosofía de esta institución. La reciente creación del Centro de Investigación en Calidad y Encuestas marca una nueva etapa en el desarrollo de esta línea de trabajo del INSP y, por ello, me permito destacar el valor de sus tres vertientes: en primer lugar, la mirada académica rigurosa hacia las condiciones operacionales de los servicios de salud a través de estudios orientados al diagnóstico y evaluación; en segundo lugar, el reforzamiento de la formación de alumnos de posgrado –maestría y, en un futuro próximo, doctorado– en gestión de calidad en los servicios de salud, y en tercer lugar, la creación y continuidad de una línea de investigación en calidad. La convergencia de estas tres vertientes nutrirá el desarrollo del área de la calidad en nuestro país.

La gestión y mejora de la calidad de los servicios de salud de los países en desarrollo presentan múltiples desafíos y uno de éstos es la carencia de un marco de referencia congruente con el contexto local. El nivel de desarrollo de los sistemas y servicios de salud marca la pauta para establecer los principios y acciones de gestión y mejora de la calidad. En reciprocidad, las acciones de mejora de la calidad contribuyen a que los servicios de salud evolucionen. En el sector salud de México, la cultura de la calidad es todavía incipiente. Existe una brecha amplia entre la rectoría de la calidad y la realidad de la gestión y provisión de servicios de salud. La propuesta de Saturno y colaboradores contribuye a la fertilización de ideas para que los conceptos y la práctica de la calidad se desarrollen y permanezcan como un elemento rutinario y sustantivo del quehacer de los servicios de salud. La propuesta es concisa. El campo de la calidad en el ámbito clínico tiene un desarrollo substancial; sin embargo, la noción y aplicación de los conceptos de calidad son primitivas en los ámbitos de salud pública, de gestión de los servicios y de diseño e implementación de políticas de salud. La propuesta de los seis componentes estratégicos: liderazgo, sistema de información, participación de pacientes y población, regulación y estándares, capacidad organizacional para la calidad, y modelos de atención, permite asumir que su implementación es viable.

Los avances en la formación de recursos humanos de posgrado en el área de calidad representan una inversión sustancial para los servicios. Es destacable que su perspectiva está orientada hacia el fortalecimiento institucional mediante la oferta de distintas alternativas docentes y con modalidades diversas para facilitar la participación de los alumnos. Es indudable el beneficio que se logrará. El modelo educativo basado en la solución de problemas siempre brinda resultados tangibles cuando el objeto de intervención es el entorno laboral de los alumnos.

El fortalecimiento de la investigación en calidad representa la oportunidad de satisfacer una “necesidad académica” no satisfecha. La investigación en servicios de salud en gran parte es aplicada, enfrenta problemas y busca alternativas para solucionarlos. La investigación en calidad brinda la oportunidad de identificar, medir el alcance y magnitud de los problemas y plantear en consecuencia las posibles alternativas de solución y medir lo que se logró. Se requiere de una gran creatividad. Los objetos de estudio de los proyectos que se mencionan en el capítulo responden a una problemática clara y para la cual todavía no hay respuestas contundentes para los servicios de salud de México. Los avances que se plantean en el ámbito de la investigación son visibles y muestran la cercanía de este grupo con la problemática real de los servicios.

Es evidente que el CICE tiene rumbo y estrategias definidas que contribuirán a establecer los cimientos de la docencia, investigación y práctica de la calidad de los sistemas y servicios de salud en el contexto de México y cuyas lecciones se pueden convertir en un referente para el resto de los sistemas de salud en la región Latinoamericana.

**Ricardo Pérez Cuevas**

División de Protección Social y Salud, Banco Interamericano de Desarrollo ■

todos) vienen de fuera. La visibilidad del externo puede crear el espejismo de que sea suficiente para mejorar la calidad. La evidencia demuestra que no es así.<sup>9,10,11</sup> Ambos enfoques son necesarios, pero el interno es imprescindible.

### **La formación de recursos humanos para la gestión y mejora continua de la calidad**

La docencia es parte consustancial de la misión del Instituto y la formación en calidad contribuye a la capacidad organizacional para la gestión y mejora de la calidad. Para dar respuesta, se elaboró una propuesta de actividades docentes de diverso alcance y para diversos niveles,<sup>12</sup> representada en la figura 2.

Desde la creación del CICE se han implementado diversos componentes de esta propuesta, de los que destacamos la Maestría en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud, el diseño de un Doctorado sobre el mismo tema, de inicio previsto en 2017, y diversas actividades de formación continuada, incluyendo un Diplomado en Mejora Continua de la Calidad, un curso abierto virtual sobre realización de ciclos de mejora, cursos específicos dentro de otros programas como la Maestría en Salud Pública, y cursos de actualización de verano (PASPE).

La maestría es un programa tutorial no presencial, realizado en colaboración con la Universidad de Murcia (España) y la Universidad Federal de Rio Grande del Norte (Brasil). El modelo educativo es el aprendizaje basado

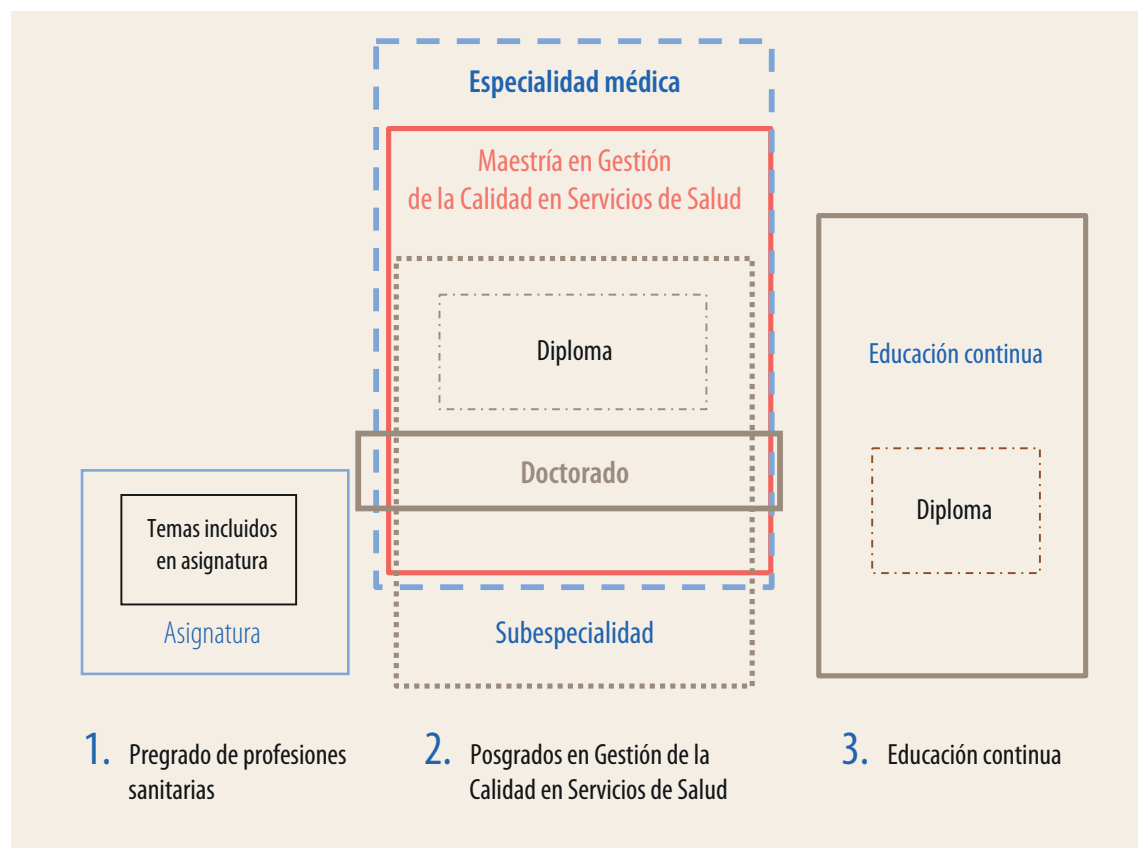
en la solución de problemas que elige el propio estudiante, extraídos de su entorno de trabajo. Responde a una necesidad muy presente en los sistemas de salud, como prueba el gran interés que ha generado, situándose entre los programas con más demanda del INSP.

Junto a las actividades formativas se han editado manuales metodológicos de referencia<sup>13,14,15</sup> útiles como material de apoyo a los diversos programas.

### **La investigación en calidad de los servicios de salud**

El reconocimiento de la línea de investigación en calidad tras la creación del CICE dio espacio académico para proyectos que iniciaron antes de formalizarla. Al presente, algunos han finalizado ofreciendo aportaciones prácticas y metodológicas, y sentando las bases para desarrollos futuros. Entre las aportaciones cabe mencionar la aplicación del esquema estructurado para el diagnóstico estratégico de la calidad,<sup>6,2</sup> y propuestas para la mejora<sup>3</sup>; y un marco de evaluación integral para las guías de práctica clínica.<sup>4</sup> Entre los actualmente en desarrollo, la aplicación de enfoques poblacionales y de calidad a temas como hospitalizaciones evitables, derivadas de problemas en primer nivel de atención; la mortalidad evitable relacionada con el funcionamiento deficiente del sistema de salud; la atención a poblaciones particularmente vulnerables como ancianos<sup>16-19</sup> y población carente de protección en salud, y también a eslabones

**Figura 2** Estrategias de capacitación en mejora de la calidad de los servicios de salud



Adaptado de: Saturno-Hernández PJ, Hernández Ávila M, Magaña-Valladares L, García-Saisó S, Vértiz-Ramírez JJ. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad en servicios de salud. *Salud Pública Mex* 2015;57:275-283

fundamentales para el desarrollo humano como la atención materno-infantil, con enfoque inicial en el periodo neonatal, pero con la perspectiva de diseñar un modelo integral para todo el continuum de atención.<sup>20</sup>

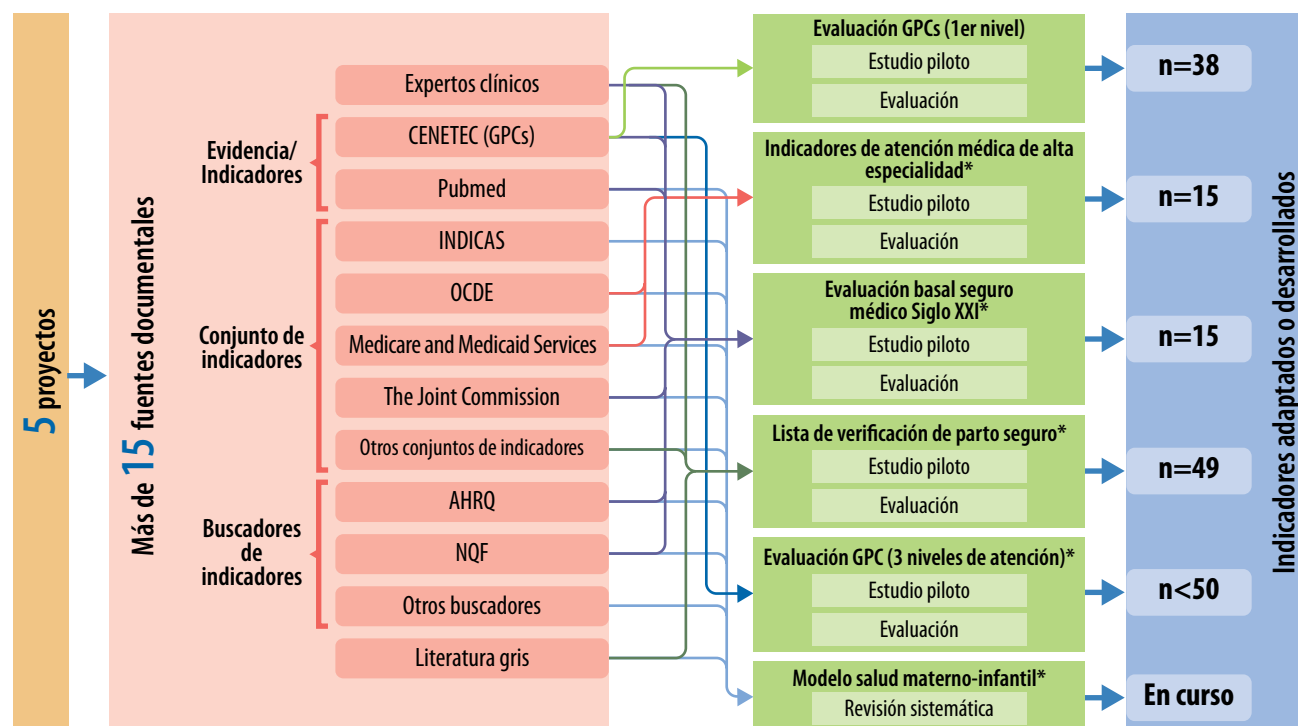
En prácticamente todos los proyectos se han ido desarrollando o adaptando indicadores, conformándose así un repositorio cuya situación

actual resume la figura 3, que seguirá desarrollándose, dada la necesidad de contar con herramientas adecuadas para medir y monitorizar la calidad.

El primero de los proyectos referidos a salud materno-infantil, cercano ya a su terminación, ha sido la implementación de la lista de verificación de parto seguro (LVPS) propuesta



Figura 3 Indicadores desarrollados en el CICE en el periodo 2014-2016



CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; INDICAS: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud; OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos; AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality; NQF, National Quality Forum.

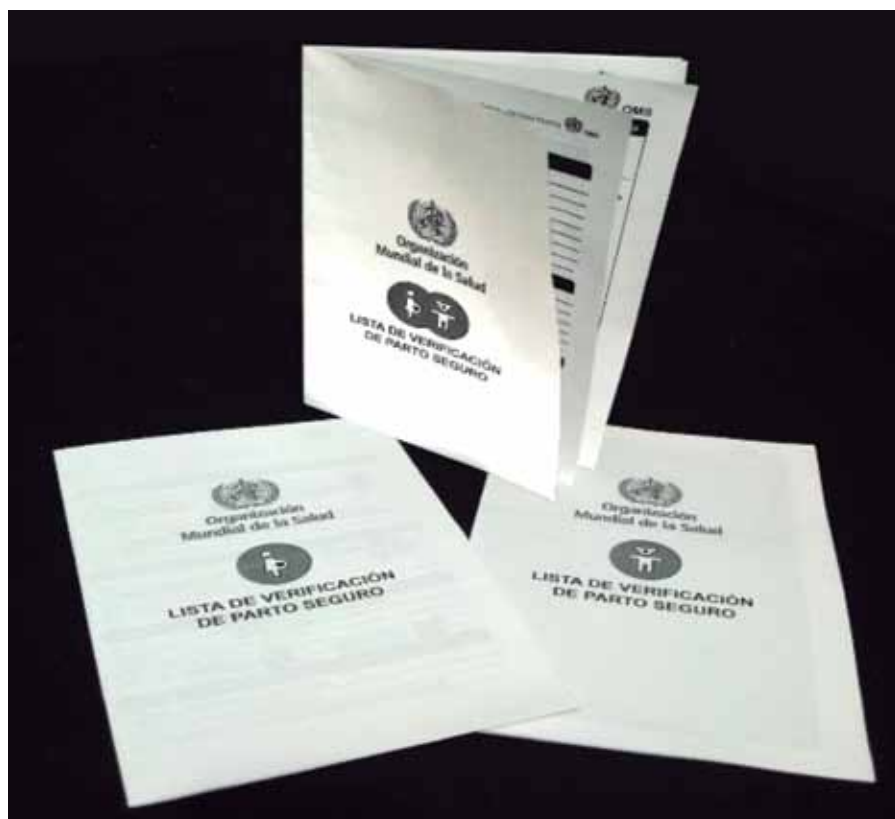
\*Proyectos en curso durante 2016 o en proceso de publicación

por OMS, en cuyo grupo de países piloto (*“Safe Childbirth Checklist Collaboration”*) hemos estado incluidos. El proyecto, con diseño quasi-experimental, ha incluido la adaptación al contexto mexicano de la LVPS (figura 4). Esperamos aportar evidencia sobre los factores que influyen en su implementación y efectividad.

## Las actividades de servicio y las perspectivas futuras

Los proyectos de servicio constituyen el tercer pilar sobre el que se asienta la línea de calidad. Cabe destacar la realización de encuestas de satisfacción para el IMSS y la CNPSS (Seguro Po-

Figura 4 Listas de verificación de parto seguro adaptadas a México



pular), y la colaboración con la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

Para las encuestas de satisfacción hemos propuesto un mayor énfasis en los aspectos de calidad percibida, así como analizarlas con indicadores, y gráficos-resumen que informan sobre los resultados más relevantes de manera comparativa y priorizada, facilitando y orientando las iniciativas de mejora.<sup>21</sup>

Para la CCINSHAE se trabajó en la propuesta priorizada de tres bloques sucesivos de indicadores que permitan conocer, controlar y comparar el desempeño en calidad de sus hospitales. El primer bloque de ocho indicadores ya ha sido incorporado para uso rutinario tras un proceso riguroso de validación.

En los próximos años se espera que el CICE, reconocido ya como tal, continúe dando respuesta a las necesidades de formación y desarrollo de la calidad para el sistema de salud mexicano, impulsando al mismo tiempo una mayor presencia internacional a la cual ha de contribuir entre otros factores el reciente reconocimiento del INSP como Centro Colaborador Cochrane para política sanitaria y salud pública basadas en evidencia, coordinado desde el CICE. ■



## Referencias

1. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud, México. [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/prosesa.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html) (consultado en Noviembre 2016).
2. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
3. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
4. Saturno PJ, Agüero L, Fernández M, Galván A, Poblano O, Rodríguez AL, Vidal LM, Vieyra W. Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
5. IOM (Institute of Medicine). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001.
6. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO, 2006.
7. Honoré, P.A., & Scott, W. Priority areas for improvement of quality in public health. Department of Health and Human Services. Washington, DC, 2010.
8. IOM (Institute of Medicine). Toward quality measures for population health and the leading health indicators. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
9. Flodgren G, Pomey MP, Taber SA, Eccles MP. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD008992. doi:10.1002/14651858.CD008992.pub2.
10. Brubakk et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research* (2015) 15:280 DOI 10.1186/s12913-015-0933-x.
11. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Quality in Health Care* 2008; 20 (3):172–183.
12. Saturno-Hernández PJ, Hernández Ávila M, Magaña-Valladares L, García-Saisó S, Vértiz-Ramírez JJ. Estrategia integral de formación para la mejora continua de la calidad en servicios de salud. *Salud Pública Mex* 2015;57:275-283.
13. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
14. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
15. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la planificación de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2016 (en prensa).
16. Ruelas-González MG, Duarte-Gómez MB, Sergio Flores-Hernández S, Ortega-Altamirano DV, Cortés-Gil JD, Arianna Taboada A, Ruano AL. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity in Health* (2016) 15:35. DOI 10.1186/s12939-016-0315-y.
17. Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Publica Mex* 2014;56:631-637.
18. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Salgado de Snyder N, Moreno-Tamayo K, Gutiérrez-Robledo LM, Avila-Funes JA. Frailty and Social Vulnerability in Mexican Deprived and Rural Settings. *Journal of Aging and Health* 2016, Vol. 28(4) 740–752.
19. R.B. Biritwum, N. Minicuci, A.E. Yawson, O. Theou, G.P. Mensah, N. Naidoo, F. Wu, Y. Guo, Y. Zheng, Y. Jiang, T. Maximova, S. Kalula, P. Arokiasamy, A. Salinas-Rodríguez, B. Manrique-Espinoza, J.J. Snodgrass, K.N. Sterner, G. Eick, M.A. Liebert, J. Schrock, S. Afshar, E. Thiele, S. Vollmer, K. Harttgen, H. Strulik, J.E. Byles, K. Rockwood, A. Mitnitski, S. Chatterji, P. Kowal. Prevalence of and factors associated with frailty and disability in older adults from China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Maturitas* 91 (2016) 8–18.
20. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007 ;370(9595):1358–69.
21. Saturno-Hernández et al. Medición de la satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. *Fundamentos metodológicos: Salud Pública Mex* 2016 (en prensa).

### Contacto:

**Pedro Jesús Saturno Hernández**

Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, INSP  
pedro.saturno@insp.mx

