



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Rivera-Buendía, Frida; Bello-Chavolla, Omar Y; Zubieta-Zavala, Adriana; Hernández-Ramírez, Luz; Zepeda-Tena, Carolina; Durán-Arenas, Luis
Evaluación de la implementación del programa Sicalidad en México
Salud Pública de México, vol. 57, núm. 4, julio-agosto, 2015, pp. 329-334
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10641192005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de la implementación del programa Sicalidad en México

Frida Rivera-Buendía, Est de Med,⁽¹⁾ Omar Y Bello-Chavolla, Est de Med,⁽¹⁾ Adriana Zubieta-Zavala, M en Sist de Salud,⁽¹⁾
Luz Hernández-Ramírez, M en Gest y Pol de Salud,⁽²⁾ Carolina Zepeda-Tena, MC,⁽¹⁾
Luis Durán-Arenas, D en Org de Serv de Salud.⁽¹⁾

Rivera-Buendía F, Bello-Chavolla OY, Zubieta-Zavala A, Hernández-Ramírez L, Zepeda-Tena C, Durán-Arenas L
Evaluación de la implementación del programa Sicalidad en México.
Salud Publica Mex 2015;57:329-334.

Resumen

Objetivo. Analizar la implementación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) en México, en 2011. **Material y métodos.** Estudio transversal, cualicuantitativo, con una muestra probabilística de conglomerados y dos etapas de selección. Se realizaron 3 034 entrevistas en 13 entidades federativas para evaluar ocho componentes del programa. Se formularon índices generales de desempeño (IGD) para evaluar la implementación en términos de estructura, proceso y satisfacción de los usuarios, médicos y enfermeras con el programa. **Resultados.** El IGD peor evaluado fue acreditación, con 25.4 y con 28% de unidades evaluadas; el mejor fue prevención y reducción de la infección nosocomial, con IGD de 78.3 y con 92% de implementación. **Conclusiones.** Los componentes de Sicalidad evaluados evidencian problemas en su implementación relacionados con la estructura y los procesos críticos de los servicios.

Palabras clave: evaluación de programas y proyectos de salud; calidad; programas nacionales de salud; México

Rivera-Buendía F, Bello-Chavolla OY, Zubieta-Zavala A, Hernández-Ramírez L, Zepeda-Tena C, Durán-Arenas L
Evaluation of Mexican 'Sicalidad' health quality program.
Salud Publica Mex 2015;57:329-334.

Abstract

Objective. To analyze the implementation of the Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) program of the Ministry of Health in the 2011. **Materials and methods.** The study follows a cross sectional design, hybrid, with a qualitative and quantitative components. A cluster probabilistic sample was used with two stages. A total of 3 034 interviews were carried out in 13 states to evaluate the implementation of the eight components of the Sicalidad program. General indexes of performance (GIP) were formulated for structure process and satisfaction of users, physicians and nurses with the program. **Results.** The GIP with the lower score was accreditation of health facilities with a range of scores between 25.4 and 28% in the medical units evaluated; The highest range of scores was in the component of nosocomial infection prevention between 78.3 and 92%. **Conclusion.** In brief the Sicalidad components evaluated suggest problems with both structure and critical process elements in the implementation of the quality initiatives.

Key words: program evaluation; quality; national health programs; Mexico

(1) Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

(2) Secretaría de Salud. México.

Fecha de recibido: 26 de enero de 2015 • **Fecha de aceptado:** 10 de junio de 2015

Autor de correspondencia: Luis Durán-Arenas. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Universidad 3000, edificio B, sexto piso. 04510 Distrito Federal, México.
Correo electrónico: lduranarenas@gmail.com

La definición de calidad en la atención médica ha sido objeto de diversos debates que no han logrado acuñar un concepto unificado. Donabedian¹ en 1984 define calidad como “los logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”; para Luft y Hunt² la calidad en la atención es “el grado en el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por el paciente y disminuyen los no deseados”. Según el Instituto de Medicina de Estados Unidos, un sistema de salud que ofrezca una buena calidad en atención médica debe ser “seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo”.³

En México hay registros de evaluación de la calidad en atención médica desde 1956, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó una revisión extraoficial de expedientes en el hospital La Raza en la Ciudad de México; en 1957 se formó la Comisión de Supervisión Médica.⁴ Además, el IMSS desarrolló, junto con otras instituciones, programas de evaluación de calidad en la atención médica en 1987 y 1997.⁵ En el año 2000, la Secretaría de Salud (SS) llevó a cabo la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que integró dos vertientes: trato digno y atención médica efectiva.⁶ Para el año 2007 se establece el Programa Sectorial de Salud⁷ que propone implantar un Sistema Integral y de Calidad en Salud (Sicalidad) como un instrumento para incidir en la calidad de los servicios de salud. El programa planteó un esquema de trabajo a partir de tres ejes fundamentales: calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, y calidad en la gestión de los servicios de salud e institucionalización de la calidad.

En el sistema de salud mexicano existe una heterogeneidad operativa y de atención que afecta la implementación de programas orientados a mejorar la calidad de la atención médica. Puig y colaboradores⁸ comentan que, a pesar de las diversas reformas, aún persisten desigualdades entre los diferentes subsistemas que lo componen. En una evaluación realizada por Granados-Cosme,⁹ se observa que Sicalidad requiere de mejor coordinación entre elementos y mayor institucionalización para funcionar eficazmente.

Este trabajo evalúa la implementación del programa Sicalidad. La evaluación se basó en el uso integral de los abordajes de estructura, proceso y resultado para la Evaluación de la Calidad de la atención.¹⁰ El modelo tiene como eje la atención a la salud centrada en el paciente, diseñando índices que permiten analizar el desempeño del programa y a su vez obtener información importante para su fortalecimiento y avance.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, cualicuantitativo, con muestra probabilística de conglomerados y dos etapas de selección. En la primera se seleccionaron 95 hospitales: 80 hospitales generales y 15 de especialidad (pertenecientes a la Secretaría de Salud). En la segunda se seleccionaron aleatoriamente 17 usuarios de la unidad y 17 prestadores de servicios de salud. Los criterios de selección para hospitales incluyeron contar con al menos un quirófano, tener al menos 15 camas censables y no estar localizados en penales o reclusorios. En total se realizaron 3 034 entrevistas para evaluar los siguientes componentes del programa: aval ciudadano, campaña *Está en tus manos*, prevención y reducción de la infección nosocomial, campaña *Cirugía segura salva vidas*, acuerdos de gestión, comité de calidad y seguridad del paciente, acreditación y gestor de calidad.

La evaluación de la estructura y los procesos críticos se realizó mediante cédulas de verificación y cuestionarios aplicados al personal descrito. Con estos datos se formularon índices generales de desempeño (IGD) de estructura, proceso y satisfacción para cada componente de Sicalidad, utilizando como unidad de análisis a los hospitales con base en una métrica estandarizada con una escala de 0 a 100 puntos.

Metodología cualitativa

Se identificaron informantes clave y se aplicó una entrevista a profundidad por componentes; se realizó un total de 346 entrevistas. De acuerdo con el tipo de participación de los informantes en cada componente del programa Sicalidad, se incluyeron líderes estatales de calidad, 91 entrevistas a integrantes de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (Cocasep) distribuidas entre 79 hospitales o unidades médicas, y 97 entrevistas sobre prevención y reducción de infecciones nosocomiales (Prerein) distribuidas en 82 hospitales; 65 avaluos ciudadanos distribuidos en 62 unidades médicas, y 80 entrevistas sobre acuerdos de gestión, distribuidas entre 75 unidades médicas. Este proyecto se realizó como una asesoría de evaluación, por lo tanto no pasó en su momento por un comité de ética; sin embargo, aunque no se llevó a cabo ninguna intervención o experimentación en humanos, como se mencionó anteriormente, se entrevistó a los sujetos bajo las normas éticas de la Declaración de Helsinki y el reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación para la salud, y se obtuvo su consentimiento informado.

Resultados

Aval ciudadano

La figura del aval ciudadano (AC) funciona óptimamente debido al intercambio que establece entre los miembros de la sociedad civil y el personal de salud. De 95 unidades evaluadas, 68 (71%) contaban con la participación de un AC; en éstas, 31(45%) de los 69 médicos entrevistados y 25 (38%) del personal de enfermería sabían de la existencia del AC en la unidad hospitalaria, mientras que para usuarios esto sólo sucedía en 1.8%. El IGD fue catalogado como malo con un promedio de 25.9.

Las entidades mejor evaluadas fueron Nayarit, con 39.7, y Sinaloa, con 39.6, mientras que el estado con las calificaciones más bajas fue Tlaxcala.

En cuanto a estructura, los componentes evaluados fueron la existencia de documentos de implementación del AC en la unidad, existencia de un manual de operaciones, actividades de un AC, reporte de encuestas a usuarios, propuesta de mejoras y asistencia del AC a las sesiones del comité. En el índice de estructura se obtuvo una calificación de 59.9 ± 40.6 , en los índices de procesos de 26.4 ± 22 , personal médico 20.7 ± 20 y personal de enfermería (0-87), mientras que el índice de resultados desde la perspectiva de los usuarios se obtuvo una calificación de 1.4 ± 22 . La correlación en la estructura de procesos desde la perspectiva de médicos fue $r=0.32$ y en enfermeras $r=0.30$. Por parte del usuario no hubo correlación $r=0.20$.

En la evaluación cualitativa se consideró que el programa Sicalidad y la figura de los AC representan un esfuerzo importante que puede generar el establecimiento de propuestas y compromisos entre AC y los centros de salud. Los informantes clave hicieron notorias algunas deficiencias como la carencia de personal suficiente en las unidades médicas para satisfacer la demanda y la deficiente gestión para la compra de equipos, insumos y modificaciones a la infraestructura de las unidades de salud.

Campaña Está en tus manos (CEM)

En 74% de las unidades se reportó la existencia de carteles alusivos a la campaña. De las 95 unidades evaluadas, 68 (65%) contaban con bitácoras de pláticas informativas sobre CEM dirigidas al público en general. 85% de los médicos y 80% del personal de enfermería sabían de la existencia de la campaña en su unidad. En 87% de las unidades es requisito el lavado de manos previo al ingreso del área de hospitalización; sin embargo, sólo 69% requiere de forma obligatoria el lavado de manos para acceder a las áreas de cuidados intensivos. El IGD

para CEM fue de 75.6. En general, el estado que recibió la mejor evaluación fue Sinaloa (84.4), seguido del Estado de México (81.9), mientras que el desempeño más bajo lo obtuvo Tlaxcala.

El componente de estructura consideró la existencia de estructura, indicaciones, supervisión e insumos necesarios para el lavado de manos en hospitalización, área de pacientes, sala de espera, unidad de cuidados intensivos y administración. Se obtuvo una calificación para el índice de estructura de 74.9 ± 18.5 ; para el índice de procesos, 78.4 ± 8.8 por parte del personal médico, y 82.8 ± 9.6 para el personal de enfermería. Las correlaciones de la estructura de los servicios son positivas para procesos ($r=0.29$ y $r=0.32$ para médicos y enfermería, respectivamente). En el caso de los resultados de los usuarios, la correlación entre la identificación, la campaña y sus efectos es moderada ($r=0.25$).

Prevención y reducción de la infección nosocomial (Prerein)

Se identificaron acciones hospitalarias para evitar infecciones nosocomiales. En 87 (91.6%) del total de las unidades incluidas en el estudio se contaba con actividades de Prerein; éste fue el componente de Sicalidad mejor evaluado con IGD de 78.28. El estado mejor evaluado fue Yucatán, seguido de Sinaloa y Nuevo León. El estado con los niveles más bajos de desempeño fue Michoacán, con 27.8.

El índice de estructura obtuvo una calificación de 78.2 ± 34.4 (amplitud 0-100). La evaluación fue mejor desde el enfoque de procesos para el personal médico y de enfermería, con calificaciones de 85.7 ± 8.4 (amplitud 58.5-99.6) y 89.2 ± 7 (amplitud 61.5-99.7), respectivamente, y alcanzó la calificación más alta desde la perspectiva de los usuarios sobre los resultados con una calificación de 59.9 ± 12 (amplitud 29.5-89.4). Las correlaciones sugieren una débil asociación entre el nivel de estructura y las calificaciones de los procesos médicos, de enfermería y de la percepción de resultados de los usuarios ($r=0.08$, 0.12, 0.21, respectivamente). En la evaluación cualitativa, el personal indicó falta de capacitación, falta de supervisión sistemática y control de los procesos.

Campaña Cirugía segura salva vidas

El abordaje de estructura de este componente comprendió la existencia de documentación oficial, lista de verificación y manuales que evidenciaran la implementación de la estrategia en los quirófanos de las unidades hospitalarias incluidas en el estudio. 68.4% de las unidades reportó la existencia de documentación oficial sobre la campaña; el manual de indicaciones

para el establecimiento de la campaña se reportó en 59.6% de las unidades, mientras que la existencia de ejemplares de la lista de verificación se presentó en 67.7%. En 55.9% de las unidades se realizó la operación de comprobar que en la bitácora del quirófano existiera la lista de verificación. La campaña tuvo un IGD de 39.2, que podría calificarse como malo. Yucatán fue el estado mejor evaluado en este rubro, seguido de Campeche y NL, los cuales tienen un IGD de 48.5, 48.2 y 47.5, respectivamente.

El índice de estructura obtuvo una calificación de 62.1 ± 43.1 (amplitud 0-100) y el índice de procesos obtuvo una calificación de 43.5 ± 22.8 (amplitud 0-95) desde la perspectiva del personal médico y una calificación de 37 ± 24.2 (amplitud 9.5-92.4) desde la perspectiva del personal de enfermería; el índice de resultados obtuvo una calificación de 16.6 ± 11.2 (amplitud 0-48.7). La percepción de los usuarios y de las enfermeras se relaciona en forma directa y positiva pero débil con la calidad de la estructura ($r=0.17$ y 0.21 , respectivamente). Se observó una correlación débil y negativa con la percepción de los médicos ($r=-0.19$) que sugiere que no hay relación entre la calidad de la estructura de este programa y sus procesos.

Acuerdos de gestión (AG)

En 60% de las unidades se reportaron AG para la mejora de la calidad en la atención. De 57 unidades que reportaron AG, 59.6% reportó la existencia de capacitación en AG para calidad y en 61.4% de las unidades, AG relacionados con mejoras en el desempeño del personal. En 65% de las unidades se realizaron AG para el apoyo de infraestructura hospitalaria para fines de acreditación; 49.1% de las unidades con AG mostraron evidencias de financiamiento.

Para el análisis de estructura se consideró la evidencia de documentación oficial que probara la participación de la unidad en compromisos de mejora de calidad; se obtuvo calificación de estructura de 37.5 ± 37.4 . Los estados de Baja California, Estado de México y Sinaloa tuvieron 100% de las unidades con acuerdos de gestión. Los estados sin actividad fueron Campeche, Guerrero y Michoacán. Las entrevistas cualitativas indican que las unidades evaluadas han planteado propuestas de proyectos para realizar mejoras para calidad de la atención, pero pocas han sido aceptadas y financiadas a nivel federal o estatal. La mayoría de los apoyos para AG incluyen capacitación en calidad, premio a la innovación en calidad en salud, compromisos de calidad en acuerdos de gestión, estímulos al desempeño del personal, premio nacional de calidad y acreditación.

Cocasep

De las unidades, 77% reportó tener Cocasep. En 47% se reportaron manuales operativos y 67% presentó documentos probatorios concernientes al plan de mejora continua para la calidad y la seguridad del paciente. El IDG para Cocasep fue de 47.3; en general, Sinaloa fue el estado mejor evaluado y Tlaxcala el más bajo, con un IGD de 65 y 17.6, respectivamente. En cuanto a estructura, se consideró la calidad en la gestión de los servicios de salud y su institucionalización, contemplando evidencia sobre la presencia de Cocasep en las unidades hospitalarias, oficios resolutorios y manuales de operación vigentes. Para el índice de estructura se obtuvo calificación de 66.5 ± 38 (amplitud 0-100). En cuanto a procesos se encontró calificación de 49.8 ± 22.5 (amplitud 0-97.8) para el personal médico y 31.0 ± 19.3 (amplitud 2.17-88.6) para el personal de enfermería. Se observó moderada correlación entre el nivel de calidad de la estructura y la percepción del desempeño de este componente por parte de los médicos, y débil por parte de las enfermeras ($r=0.36$ y 0.127 , respectivamente).

En la evaluación cualitativa de Cocasep se destacó el seguimiento a los diferentes comités y subcomités que integran las unidades de salud, así como el establecimiento del intercambio con autoridades a nivel estatal o federal. Sin embargo, existen casos donde su funcionamiento es deficiente. Esto se atribuye a factores como la falta de tiempo y disponibilidad de funcionarios para asistir a reuniones y escaso personal de apoyo. En algunas unidades no hay reuniones de calidad del comité ni estrecha relación con el Líder Estatal de Calidad, lo que evidencia problemas de capacitación.

Acreditación

El 27.6% de las unidades evaluadas contaba con registros de acreditación vigente. La entidad federativa con mejores calificaciones obtenidas fue Tlaxcala, seguida del DF, con 100 y 81.3%, respectivamente. En Guerrero y Yucatán ninguna unidad estaba acreditada. El componente de acreditación tiene el IGD más bajo del programa Sicalidad (25.42).

En el análisis de estructura se consideró que la unidad estuviera acreditada o certificada al momento de la evaluación y contara con documentos oficiales que lo avalen. El índice de estructura obtuvo una calificación de 29.5 ± 34.9 (amplitud 0-100), mientras que el índice de procesos obtuvo 54.9 ± 9.9 (amplitud 29-82.7) para el personal médico y 55 ± 11.5 (amplitud 25.5-86) para el personal de enfermería; el índice de resultados desde

la perspectiva de los usuarios obtuvo calificación de 5.1 ± 7.1 (amplitud 0-41.3). La correlación entre estructura y procesos como la perspectiva del médico y enfermera es significativo ($r=0.45$ y 0.40 , respectivamente). En la percepción de usuarios la correlación entre calidad de la estructura y resultados es muy baja ($r=0.08$).

Gestor de calidad (GC)

En 90.52% de las unidades se cuenta con GC. El desempeño de los gestores en las unidades estudiadas tuvo un IGD de 62.12, que puede calificarse como regular; los gestores evalúan su trabajo como importante solamente en el índice de impacto del gestor (83.07) en la organización. Los estados que alcanzaron un mejor desempeño fueron Sinaloa y Yucatán con las mejores calificaciones en los índices de impacto (98.3 y 94.5, respectivamente) y en la participación del gestor en las unidades hospitalarias (88.9 y 63.6, respectivamente). Dentro del índice de reconocimiento como gestor, los estados mejor calificados fueron Sinaloa, Yucatán y Michoacán (80), y en apoyos otorgados, el estado de Campeche (59.33). El Distrito Federal obtuvo las calificaciones más bajas en este rubro.

Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud de alto desempeño es aquel que responde a las necesidades y preferencias de la gente, que los trata con dignidad y respeto cuando entran en contacto con el sistema.¹¹ En el caso del sistema de salud mexicano, se demuestra una notoria heterogeneidad en la distribución y aplicación del programa Sicalidad, tal como se evidencia con la disparidad de los índices de evaluación cualitativa en las diferentes entidades (cuadro I). Es evidente que ante la diferencia en la implementación del programa también existirán diferencias en los resultados entre las 32 entidades del país.

No hay una aplicación integral de AC en las unidades médicas encuestadas, lo que resulta en una percepción negativa por parte de los usuarios. Nigenda-López y colaboradores¹² comentan que es relevante que los AC conserven su autonomía, participen voluntariamente y cuenten con un historial o capacitación en participación y acción social. Esta recomendación apoya la observación de nuestro estudio que demuestra que la baja participación de los usuarios es un aspecto crítico del programa y debe atenderse de manera urgente.

Cuadro I
RESUMEN GENERAL DE LOS COMPONENTES EVALUADOS EN EL PROGRAMA SICALIDAD.* MÉXICO, 2011

Actividad	Implementación	IGD	Estructura promedio ±DE (amplitud)	Procesos promedio ±DE (amplitud)		Resultados promedio ±DE (amplitud)	Estado mejor evaluado	Estado con evaluación más baja
				Médicos	Enfermeras			
Aval ciudadano	71	25.9	78.2±34.4	26.4±22	20.7±20	1.4±22	Sinaloa	Tlaxcala
CEM	74	75.6	74.9±18.5 (30-100)	78.4±8.8 (47.2-92.6)	82.8±9.6 (48.8-97.9)	66±9.9 (39.2-89.5)	Sinaloa	Tlaxcala
Prerein	92	78.3	78.2±34.4 (0-100)	85.7±8.4 (58.5-99.6)	89.2±7 (61.5-99.7)	59.9±12 (29.5-89.4)	Yucatán	Michoacán
CCSSV	68	39.2	62.1±43.1 (0-100)	43.5±22.8 (0-95)	37±24.2 (9.5-92.4)	16.6±11.2 (0-48.7)	Sinaloa	Tlaxcala
Cocasep	77	47.3	66.5±38 (0-100)	49.8±22.5 (0-97.8)	31.0±19.3 (2.17-88.6)	NA	Sinaloa	Tlaxcala
Acreditación	28	25.4	29.5±34.9 (0-100)	54.9±9.9 (29-82.7)	55±11.5 (25.5-86)	5.1±7.1 (0-41.3)	Tlaxcala	Guerrero
Acuerdos de gestión	60	37.5	37.5±37.4 (0-100)	NA	NA	NA	Baja California	Campeche
Gestión de calidad	90	62.1	Índice de reconoci- miento del gestor 71.7	Índice de impacto del gestor 83.1	Índice de participa- ción del gestor 58.8	Apoyos otorgados 34.91	Sinaloa	Distrito Federal

* El estudio se realizó en 2011 para los estados de Baja California, Campeche, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán

IGD: índice general de desempeño

DE: desviación estándar

NA: no aplica para el componente

CEM: campaña *Está en tus manos*

Prerein: prevención y reducción de la infección nosocomial

CCSSV y Cocasep campaña Cirugía Segura Salva Vidas: comités de calidad y seguridad del paciente

Clasificación IGD: a) muy buenos (≥ 90), b) buenos (75-89), c) regulares (50-74), d) malos (25-49) y e) muy malos (< 25)

Prerein es uno de los componentes mejor posicionados del programa Sicalidad; sin embargo, la difusión del programa con el usuario es limitada, lo cual reduce su participación. Además, el personal de salud participa en este componente de manera heterogénea. Al igual que Prerein, la campaña *Está en tus manos* es de las mejores en estructura y proceso; no obstante, aún existen limitaciones para la participación del usuario en la campaña. La importancia de estos rubros dentro del programa Sicalidad recae en el hecho de que la Organización Panamericana de la Salud recomienda tomar medidas para reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica con el fin de mejorar la seguridad del paciente. Esto implica especial atención a esos componentes del programa.

La iniciativa *Cirugía segura salva vidas* tiene un nivel bajo de desempeño en su implementación con respecto a los demás componentes de Sicalidad. Se observa, además, una gran heterogeneidad en la estructura y los procesos de este componente. Otro de los componentes con IGD bajo fue Cocasep, para el cual existe, además, un gran nivel de desconocimiento del programa por parte del personal. Ambos componentes presentaron diversidad y una baja a moderada correlación entre estructura y procesos.

Según el análisis cualitativo, los acuerdos de gestión han impactado en el tiempo de espera para la atención de los pacientes y ha habido mejorías en la integración del expediente clínico, en medidas de prevención de enfermedades nosocomiales y en capacitación del personal. A pesar de esto, todos los componentes de Sicalidad presentan problemas con estructura y procesos críticos de servicios que no deberían de existir si todos los servicios hospitalarios estuvieran acreditados. La acreditación es el componente que presenta más oportunidades de mejora; la proporción de unidades completamente acreditadas y el IDG de este rubro (27% y 25.4, respectivamente) reflejan las debilidades del programa. Granados-Cosme⁹ comenta que la acreditación "no debe ser considerada la finalidad de los procesos de mejora sino un medio para ofrecer servicios de mayor calidad".

Conclusión

Los diferentes componentes del programa no presentan una aplicación uniforme y varían de acuerdo con la coordinación entre procesos y estructura. Esto puede ser interpretado como una implementación desigual de los componentes del programa o como una estrategia de implementación orientada por componente más que una aplicación integral y uniforme del programa. Según lo recabado, existe poca evidencia de satisfacción de los

usuarios que indique que los componentes del programa Sicalidad hayan sido efectivos para los pacientes. Finalmente, existen diferentes esfuerzos a nivel mundial¹³⁻¹⁷ para evaluar y determinar los estándares de calidad, medir la efectividad de los programas y generar nuevo conocimiento en relación con estos conceptos sociomédicos. Este tipo de evaluaciones no sólo deben considerarse un ejercicio operacional, sino como evidencia científica para la construcción de dicho conocimiento.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Mem Fund Q* 1996;44(3):66-203.
2. Luft HS, Hunt SS. Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA* 1986;255:2780-2784.
3. Committee on quality of health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, 2002.
4. González-Montesinos F. Evaluación de la Asistencia Médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social; 1972 nov 12-18; Panamá.
5. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):170-180.
6. Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud, 2001.
7. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, México. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007.
8. Puig A. Assessing Quality across Health Care Subsystems in Mexico. *J Ambul Care Manage* 2009;32(2):123-131.
9. Granados-Cosme J. Operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. *Salud Publica Mex* 2011;53(4):402-406.
10. Donabedian A. The quality of medical care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science, New Series* 1978;200(4):344, 856-864.
11. Figueras J, McKee M. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being Assessing the case for investing in health systems. New York, NY: World Health Organization, 2012.
12. Nigenda-Lopez G. Social participation and quality of health care: the experience of citizens' health representatives in Mexico. *Rev Salud Pública* 2013;47(1).
13. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. Versión 2011. México: Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, 2011.
14. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1978;200(4344):856-864.
15. Steers RM. Problems in the measurement of organizational effectiveness. *Adm Sci Q* 1975;20:546-558.
16. Champagne F, Contandriopoulos AP, Pineault R. A health care evaluation framework. *Health Care Management Forum* 1986;7(2):57-65.
17. World Health Organization. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth Draft Charter. Regional Office for Europe. Estonia: WHO, 2008.