

Una nueva era de la certificación de hospitales en México

Enrique Ruelas Barajas

México se incorporó al mundo de la certificación de hospitales a partir de 1999 cuando se creó la Comisión de Certificación de Hospitales bajo los auspicios del Consejo de Salubridad General y se inició este proceso. Pocos años después cambiaría de nombre a Comisión de Certificación de Servicios de Salud cuando se incorporaron otro tipo de unidades, por ejemplo, aquellas que proporcionan servicios de hemodiálisis u otro tipo de atención ambulatoria. Sin embargo, la certificación de hospitales destaca del resto en cuanto a que es a ésta a la que más modificaciones se le ha hecho a través de los años hasta llegar a 2009 cuando, a 10 años del inicio, los estándares de certificación se homologaron a estándares internacionales y se cambió la metodología de auditoría para hacerla pertinente a los tiempos actuales. Esta combinación de nuevos estándares con nuevos métodos, aunada al establecimiento de incentivos y en el marco del profundo impacto que tuvo el reconocimiento de la seguridad de los pacientes como una prioridad de los sistemas de salud, justo cuando iniciaba el proceso de certificación en nuestro país, es lo que marca una nueva era por su trascendencia para el proceso mismo, para los hospitales, para la presencia de México en el escenario internacional en esta materia y, por supuesto, por el potencial beneficio para la población mexicana.

Varios factores han determinado que la certificación adquiera una nueva dimensión, particularmente en los países en desarrollo. Entre éstos destacan: el acelerado aumento en la generación de datos sobre el desempeño de los sistemas de salud a través de indicadores de calidad y seguridad; de manera más acelerada, el notable incremento en el acceso a información a través de internet por parte de la población, en especial aquella que acude a los servicios de salud; particularmente en México, el incremento en el grado de escolaridad

y la penetración de los medios de comunicación. Todo ello ha producido una creciente exigencia de la población, sin precedentes, hacia médicos y hospitales. Por otra parte, el aumento en el flujo de mercancías, capitales, personas y, por supuesto información da contenido al fenómeno conocido en los últimos años como globalización, y ésta hace que exista una tendencia a estandarizar los niveles de calidad entre productos y servicios de toda índole entre países de manera que les permita ser altamente competitivos. En la atención médica, el llamado “turismo médico” se cierne como una potencial tendencia con beneficios aún por ser demostrados en términos de incrementos en los niveles de salud de las poblaciones, pero con esperados rendimientos financieros para quienes incursionan en este mercado. Esto también influye, sin duda, en la necesidad de contar con sistemas de certificación que permitan, en primer lugar, asegurar niveles relativamente homogéneos de calidad y seguridad y comparar servicios entre sí para valorar su grado de competitividad. Esto ha ocurrido ya desde hace muchos años con la certificación ISO en el caso de la producción de bienes y, más recientemente, para la producción de servicios, aunque la penetración de este sistema de certificación en los hospitales ha sido limitada debido, tal vez, al fuerte posicionamiento que ha adquirido la certificación específica de hospitales implantada en Estados Unidos y Canadá desde los años cincuenta del siglo pasado y que se fue extendiendo por muchos países.

Agréguese a todo lo anterior el enorme efecto de ondas expansivas que tuvieron las publicaciones, en 2000 y 2001, de los libros del Instituto de Medicina de los Estados Unidos: *To Err is Human* y *Crossing the Quality Chasm*. Estas publicaciones marcaron, sin duda, el inicio de lo que podría ser una nueva era en la calidad de la atención médica respecto a los errores médicos (no necesaria y solamente de los médicos, sino de los sistemas y organizaciones de atención en su conjunto) y los eventos adversos producidos por éstos. En efecto, si se hiciera una división arbitraria, con fines didácticos, del ejercicio de la profesión médica en tres eras históricas, podría decirse que desde tiempos remotos hasta mediados del siglo XIX predominó la era de la “infalibilidad absoluta” (la creencia en el poder mágico o casi sobrenatural del médico que, por ende, nunca se equivoca), que concluyó cuando Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis hicieron evidente que médicos y enfermeras

Secretario del Consejo de Salubridad General, México, D.F.

Correspondencia:

Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad

Lieja No.7, segundo piso, Col. Juárez C.P. 06600 México, D.F.

Tel.: 50 62 16 48 ; 50 62 14 00

E-mail: eruelas@salud.gob.mx

Recibido para publicación: 07-05-2010

Aceptado para publicación: 11-06-2010

eran factores determinantes de infecciones nosocomiales, en el primer caso por el manejo deficiente de las heridas de guerra en los hospitales de campaña del Ejército Británico durante la guerra de Crimea, y en el segundo, por el mal manejo de la asepsia y la antisepsia en la atención de pacientes durante el parto y el puerperio. Podría decirse que estos acontecimientos marcaron el inicio de la era de la “falibilidad relativa” (se cometan errores pero no son tantos y, además, adquieren justificación en la imperfecta naturaleza humana). Con el siglo XXI y como consecuencia de los libros mencionados, el ejercicio de la profesión médica entra de lleno, y de golpe, en la era que ahora podría llamarse de la “falibilidad expuesta” (el manejo equivocado de pacientes es mucho más frecuente de lo que se pensaba, las consecuencias mucho mayores de las imaginadas, y en esta era del acceso casi irrestringido a la información, muchos de esos errores están expuestos a la luz pública).

Estos antecedentes fueron los que enmarcaron la decisión tomada hacia el final de 2007 por el pleno del Consejo de Salubridad General para homologar internacionalmente los estándares y los métodos de la certificación de hospitales. Fue, además, una decisión ética en tanto que, por todo lo expuesto, hubiese sido irresponsable mantener el sistema como estaba. A partir de ese momento ocurrieron varias cosas: se estableció un convenio con la *Joint Commission International* de Estados Unidos para lograr la homologación; la Asociación Nacional de Hospitales Privados apoyó de manera fundamental la iniciativa; y las instituciones del sector público se sumaron con entusiasmo. A lo largo de 2008, personal del Consejo de Salubridad General trabajó intensamente con personal de la *Joint Commission International* y en octubre de ese año se concluyó el proceso de manera que, en la última sesión del pleno del Consejo en 2008, se aprobó que los nuevos estándares ya homologados y la nueva metodología de rastreadores también homologada, entraran en vigor en enero de 2009, a casi diez años de haber iniciado la certificación de hospitales. Con ello, México se convirtió en el primer país del mundo que ha homologado sus estándares con la *Joint Commission International*, y mantuvo además una sección destinada a preservar los requisitos propios de las normas oficiales mexicanas y de programas prioritarios en nuestro país. En los demás países certificados con estándares internacionales, es la propia *Joint Commission International* la que acude a certificar a los hospitales pues no se les ha reconocido la capacidad para homologar sus estándares y métodos con los de ésta.

Para estimular e impulsar el nuevo sistema, durante 2009 el personal del Consejo de Salubridad General inició un pro-

ceso de inducción a más de 220 hospitales de la mayoría de los estados de la República Mexicana, públicos y privados; logró que se concertara un convenio de colaboración, inédito, entre la Asociación Nacional de Hospitales Privados y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros para que, a partir de 2010, empezara a ser exigida la certificación para establecer convenios de pago entre hospitales y aseguradoras. El pleno del consejo aprobó también un acuerdo en el que se exige la certificación a los hospitales privados que participen en licitaciones públicas para ofrecer sus servicios. Se emitió también un exhorto por parte del Consejo para rechazar a los hospitales no certificados por el Consejo de Salubridad General en el concurso de cualquier premio de calidad en el territorio nacional. Asimismo, se continuó avanzando en la alineación entre la acreditación que otorga la Secretaría de Salud para unidades que presten servicios del Seguro Popular y la certificación del Consejo, de manera tal que esta última pueda ser el requisito para la primera. Se ha definido el criterio para que, sin devaluar los estándares homologados, los hospitales pequeños puedan avanzar hacia esta certificación. Finalmente, si bien no se excluye el eterno temor a la certificación porque la inversión necesaria en infraestructura física y equipo pudiese ser cuantiosa pasa a segundo término ya que ahora los estándares de proceso son por mucho predominantes y en su enorme mayoría no dependen necesariamente de la estructura.

De esta manera, el entorno nacional e internacional y los cambios estratégicos realizados con una visión no solo de actualización sino de anticipación hacia el futuro, han ido creando los tan necesarios incentivos para avanzar en esta nueva era de la certificación de hospitales en México, que se integra de manera ética, científica y técnicamente congruente con las eras de la globalización, de la información, de la mayor exigencia de la población y del predominio de la preocupación por la indispensable seguridad para los pacientes del Sistema Nacional de Salud.

Referencias

1. Institute of Medicine. *To Err is Human*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
3. Nightingale F. *Measuring Hospital Care Outcomes*. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1999.
4. Ruelas E, Poblano O, editores. *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y América Latina*. Segunda edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.