

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS  
SUPERIORES DE MONTERREY  
EGAP GOBIERNO Y POLÍTICA PÚBLICA  
CIUDAD DE MÉXICO

Propuesta de reforma a la Constitución Política  
de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar  
la calidad de los servicios de salud



**EGAP.**  
Gobierno y Política Pública  
TECNOLÓGICO DE MONTERREY



**TECNOLÓGICO  
DE MONTERREY**

**Biblioteca**  
Campus Ciudad de México

Isai Arturo Salazar Pimentel



Secretaría de Salud

Proyecto de Investigación Aplicada

Maestría en Derecho

Asesor: Dr. Octavio Avendaño Carbellido

Diciembre 2013

## Resumen

Después de una revisión y análisis de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, Reglamentos y demás normas del sistema jurídico mexicano, se aprecia que es necesario establecer la obligatoriedad a las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS) de brindar servicios de salud de calidad en México.

El SNS mexicano se caracteriza por estar fragmentado por diversas dependencias e instituciones que prestan servicios de salud bajo esquemas de calidad distintos, por ello, a través de la norma jurídica se pretende homologar la calidad en este tipo de servicios, para establecer los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos, tanto administrativos como de atención médica.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012,<sup>1</sup> la percepción de la calidad de la atención por tipo de servicio varía según la dependencia ó institución que la ofrece, por ejemplo, la atención en servicios privados tuvo la mejor percepción con un 91 por ciento en contraste con el 77 por ciento del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con esto se demuestra que en el sistema de salud mexicano requiere de estándares de calidad homogéneos, políticas públicas nacionales dirigidas por la Secretaría de Salud y evaluaciones periódicas de la calidad, desempeño y resultados en el SNS, a fin de reducir la inconformidad y quejas de los usuarios que piden mejores servicios públicos y privados.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional, Instituto Nacional de Salud Pública, México 2012.

<sup>2</sup> Según el Informe de Gobierno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) 2012, éste organismo atendió un total de 6,156 asuntos de los cuales 1,699 son quejas. Las instituciones con mayor número de quejas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con un total de 1,062, pues son las instituciones de seguridad social que brindan un mayor número de consultas diarias siendo el 62.50 por ciento de todo el sector salud

## Índice

Dedicatoria .....	II
Resumen .....	III
Introducción .....	1
Marco teórico .....	4
Marco metodológico.....	6
Capítulo I.....	7
1. Antecedentes .....	7
<i>1.1. La evolución reciente del movimiento de la calidad</i> .....	7
<i>1.1.1 Etapa de Inspección</i> .....	7
<i>1.1.2 Etapa de Control Estadístico de la Calidad</i> .....	8
<i>1.1.3 Etapa del aseguramiento de la calidad</i> .....	9
<i>1.1.4 Etapa de la administración de la calidad total</i> .....	10
<i>1.1.5 La calidad total</i> .....	12
<i>1.1.6 El concepto de Calidad</i> .....	13
<i>1.2 La Calidad en los servicios de salud según el Dr. Avedis Donabedian</i> .....	15
<i>1.3 Antecedentes de los esfuerzos por mejorar los servicios de salud en México</i> .....	17
<i>1.4 La calidad de los servicios de salud según la Organización Mundial de la Salud</i> .....	23
<i>1.5 La calidad de los servicios de salud según la Organización Panamericana de la Salud</i> .....	25
Capítulo 2 .....	27
2. Políticas públicas y marco jurídico que regula la calidad de los servicios de salud en México. ....	27
<i>2.1 Análisis del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en materia de calidad de los servicios de salud</i> 28	
<i>2.2 Análisis del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en materia de calidad de los servicios de salud</i> 32	
<i>2.3 Marco jurídico que regula de la calidad en los servicios de salud en México</i> .....	35
<i>2.3.1 Certificación de los servicios de salud</i> .....	35
<i>2.3.2 Acreditación de los servicios de salud</i> .....	38

2.3.3. <i>Normatividad en materia de calidad de los servicios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social</i> .....	41
2.3.4. <i>Normatividad en materia de calidad de los servicios de salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i> .....	44
Capítulo 3 .....	46
3. Medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos .....	46
3.1 <i>Comisión Nacional de Arbitraje Médico</i> .....	47
3.1.1 <i>Conciliación</i> .....	48
3.1.2 <i>Arbitraje en estricto derecho y en conciencia</i> .....	50
3.1.3 <i>Laudo</i> .....	51
3.2 <i>Otros medios legales para la solución de controversias</i> .....	52
3.2.1 <i>Comisión Nacional de Derechos Humanos</i> .....	53
3.2.2 <i>Vía Civil</i> .....	57
3.2.3 <i>Vía Penal</i> .....	62
3.2.4 <i>Vía Administrativa</i> .....	67
Capítulo 4 .....	70
4. Proyecto de reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar la calidad de los servicios de salud. ....	70
4.1 <i>El caso de la calidad en la reforma al Artículo 3 Constitucional</i> .....	71
4.2 <i>Propuesta de reforma al artículo 2, apartado B, fracción III y al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</i> ....	74
4.3 <i>Propuesta de adición al artículo 7 de la Ley General de Salud</i> .....	82
4.4 <i>Propuesta de creación del Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud, como órgano encargado de evaluar la calidad, el desempeño y los resultados del Sistema Nacional de Salud...</i>	87
4.5 <i>Acciones que deberán emprender en el Consejo de Salubridad General, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Comité Nacional por la Calidad, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la calidad en los servicios de salud.</i> .....	89

<i>4.5.1 Consejo de Salubridad General</i> .....	90
<i>4.5.2 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</i> .....	90
<i>4.5.3 Comité Nacional por la Calidad</i> .....	91
<i>4.5.4 Comisión Nacional de Arbitraje Médico</i> .....	91
Conclusiones .....	92
Anexo 1 Instrumentos jurídicos relativos al derecho a la salud.....	99
Bibliografía.....	100

## Introducción

El presente trabajo se encuentra dividido en cuatro secciones: la primera se aborda la evolución reciente de la calidad a nivel internacional y en México, la segunda versa sobre las políticas públicas planeadas por el Estado mexicano durante el periodo 2013-2018 y analiza el marco jurídico en materia de calidad de los servicios de salud, la tercera habla sobre los medios alternos y jurisdiccionales para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos y, la cuarta, desarrolla nuestra propuesta con base en lo expuesto en las primeras tres secciones.

La calidad en los servicios de salud en México es un tema muy debatido porque mientras las autoridades sanitarias de nuestro país consideran que han logrado avances en la calidad de los servicios de salud, las quejas y la negación del servicio continúan en aumento.<sup>3</sup> La evolución reciente del movimiento de calidad nos dice que los modelos para garantizar ésta en las industrias son utilizados por el sector salud, pues ambos son compatibles para mejorar los servicios.

Existen instituciones y programas para la acreditación de establecimientos médicos a nivel internacional y nacional, así como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud se han preocupado por instar a los países el establecimiento de estrategias para mejorar este tipo de servicios.

En México se han realizado diversos esfuerzos por mejorar los servicios de salud, sin embargo, la ausencia de políticas públicas con un enfoque multidisciplinario e interinstitucional y la fragmentación del Sistema Nacional de Salud (SNS) han propiciado que en nuestro país los prestadores de servicios de salud operen con esquemas de calidad distintos, tal y como lo identifica el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

---

<sup>3</sup> Según el último informe de actividades 2012 de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, las violaciones al derecho a la salud sumaron un total de 2,576, 1,876, contra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y contra el Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 2011 sumaron 2,434.

Cabe señalar que en el Programa Sectorial de Salud 2013 2018, se dice que uno de los retos en la agenda de las dependencias e instituciones que integran el SNS es asegurar la calidad de los servicios de atención que prestan, pero es conveniente reflexionar si los objetivos, las estrategias y líneas de acción establecidas en dicho programa son los idóneos para conseguir esa meta y mejorar este tipo de servicios.

También, el marco jurídico vigente que regula la calidad en los servicios de salud no establece la obligatoriedad de garantizar el mejoramiento de los servicios de salud de manera homóloga en el Sistema Nacional de Salud, porque la obligación de acreditar la calidad es un requisito para aquellos que brinden servicios de salud a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y no de una manera sectorial.

Los usuarios ante un mal servicio cuentan con la conciliación y el arbitraje médico, la queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las vías jurisdiccionales en materia civil, penal y administrativa a través de los órganos internos de control cuando se trata de prestadores de servicios de salud públicos. Todas estas alternativas de defensa se vuelven insuficientes si el propio Estado no define su papel rector con base en un marco jurídico acorde a las necesidades de la sociedad.

La reciente reforma al Artículo 3º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece la obligación del Estado para ofrecer una educación de calidad. Esto es el claro reflejo de que el Estado está preocupado porque los niños mexicanos reciban mejores servicios.

Partiendo del supuesto anterior, en el sector salud mexicano existen avances significativos para mejorar los servicios de salud y satisfacer las necesidades de la población, empero, la ausencia de rectoría de la Secretaría de Salud para coordinar y establecer una política nacional en materia de calidad disminuye la capacidad del Estado para proveer y regular los servicios de salud de una manera eficiente y transversal.

La garantía para el mejoramiento de los servicios de salud no sólo necesita de políticas públicas sectoriales, también, requiere de organismos capaces de ayudar al Estado en tareas específicas como la evaluación, certificación, regulación sanitaria y arbitraje médico para lograr la meta de brindar servicios de salud con calidad.



## **Marco teórico**

Para garantizar la calidad de los servicios de salud en México es pertinente remontarse a los antecedentes mismos de la evolución de la calidad, pues a lo largo de éste movimiento se desarrollaron diversas teorías que construyeron el concepto de calidad que hoy en día se utiliza.

Cabe señalar que se han realizado estudios previos relacionados con la calidad de los servicios de salud en México, en dichos trabajos podemos encontrar un punto en común con nuestra tesis que es el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en beneficio de la sociedad, sin embargo, este tema se ha tocado muy poco desde la perspectiva del marco jurídico en comparación con el punto de vista médico.

Es preciso señalar que autores como Héctor Aguirre Gas, Enrique Rúelas Barajas, Germán Fajardo Dolci, Sebastián García Saisó, José Antonio Caballero Juárez, Gonzalo Moctezuma Barragán, entre otros médicos y abogados altamente reconocidos, han realizado estudios sobresalientes que coinciden con los objetivos de la presente tesis.

En este sentido, el presente trabajo toma en consideración los conceptos teóricos de calidad y de derecho sanitario, los cuales se puede interpretar de distintas formas. Por tanto, en ésta investigación se parte de lo general a lo particular, utilizando el método científico con el objetivo de resolver la pregunta siguiente: ¿Por qué es necesario garantizar la calidad de los servicios de salud en México?

No obstante que la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud deviene por diferentes factores o determinantes de la salud, en este trabajo se identifica que la falta de obligatoriedad de las instituciones es por la ausencia de un marco jurídico que así lo disponga.

Enrique Rúelas considera que las más recientes plataformas en materia de calidad han propiciado avances, sin embargo ahora se necesita profundidad para mejorar la calidad de la atención.<sup>4</sup> Por otra parte, Germán Fajardo Dolci estima que necesario establecer un marco normativo que impida que sea cuestión de voluntades temporales o de convicciones pasajeras la calidad de los servicios de salud.<sup>5</sup>

La postura de esta tesis parte de la teoría y los cimientos construidos a lo largo del tiempo en nuestro país para mejorar los servicios de salud y construir un Sistema Nacional de Salud Universal, iniciando con la homologación de la calidad. El proyecto que se presenta es viable porque es una necesidad que reclama la sociedad, en este supuesto, el derecho nace del hecho y según lo que el propio artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos al decir que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

---

<sup>4</sup> Rúelas Barajas, Enrique. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 34

<sup>5</sup> Fajardo Dolci, Germán et al., El hexágono de la calidad, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 70

## **Marco metodológico**

La presente tesis es una investigación documental basada en la búsqueda, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, tales como libros, revistas y documentos oficiales. Asimismo, se consultó páginas de internet y fuentes jurídicas teóricas y normativas como leyes, tratados, reglamentos, acuerdos, etcétera.

El propósito de la tesis que nos ocupa es aportar nuevos conocimientos en materia del derecho sanitario. El tipo de investigación empleado es la proyectiva con el propósito de proponer una solución a la falta de calidad de los servicios de salud brindados por las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS).

En este trabajo se propone una alternativa de cambio al marco jurídico mexicano en materia de calidad de los servicios de salud, esto es, las modificaciones aquí planteadas otorgan la rectoría que requiere la Secretaría de Salud para coordinar la política de calidad en todo el SNS y se planea el establecimiento de evaluaciones a los servicios de salud por medio de instituciones especializadas que ayuden al Estado en la toma de decisiones.

En este sentido, se hace una planificación holística del SNS, en el pasado se buscó con el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud coordinar, homogeneizar y establecer criterios e indicadores de evaluación que permitieran mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud, en el presente con el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como un programa sectorial que busca la integración de los proyectos de calidad y en el futuro la ley, la rectoría de la Secretaría de Salud y la evaluación de la calidad, el desempeño y resultados del sistema de salud.

## Capítulo I

### 1. Antecedentes

#### 1.1. La evolución reciente del movimiento de la calidad

La evolución reciente del movimiento de la calidad industrial inició a principios del Siglo XX como una forma de inspección, en los años treinta como un control estadístico, después de la segunda guerra mundial se estableció la etapa del aseguramiento de la calidad y le siguió la administración de la calidad total hasta nuestros días.

Dentro de este movimiento también surgieron iniciativas para mejorar la calidad de los servicios de salud. En el sector salud de los Estados Unidos se comenzó a utilizar los modelos industriales para la Gestión de Calidad Total (TQM ) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), inspirados en las ideas de W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Philip Crosby, entre otros; tal y como se presenta a continuación:

##### 1.1.1 Etapa de Inspección

Esta etapa inició en la década de los años veinte con la identificación de la mala calidad en los productos, en aquellos días éste método era utilizado por la compañía Ford, a través del Departamento de Inspección, donde se contaba y detectaba la mala calidad con el propósito de tener una uniformidad en el producto.

En cuanto a los servicios de salud, *The American College of Surgeons* (ACS)<sup>6</sup> efectuó por primera vez en 1918 inspecciones en los hospitales, donde sólo 89 hospitales de 100 camas o más, de un total de 692, fueron capaces de cumplir con el estándar establecido.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> The American College of Surgeons (ACS) es un colegio de cirujanos fundado por Franklin Martin en Chicago en 1913. En 1917, ACS desarrolla un programa de estandarización para hospitales en Estados Unidos. Para mayor información se sugiere visitar la página web: <http://www.facs.org/index.html>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>7</sup> Davis, Loyal, Fellowship of Surgeons: a History of the American College of Surgeons. Chicago: ACS, c1960. Pág. 388

### 1.1.2 Etapa de Control Estadístico de la Calidad

Esta etapa se desarrolló en los años treinta como un control estadístico que ayudase a resolver problemas en las organizaciones. Walter A. Shewhart<sup>8</sup> es considerado como el padre del control estadístico de calidad, ya que en su libro *Economic Control of Quality of Manufactured Product*, que se publicó en 1931, desarrolla los principios básicos del control de calidad.

El control de la calidad tenía el propósito de establecer y reducir la variación en el proceso. Otros exponentes en este tiempo y colaboradores de Shewhart fueron: Harold F. Dodge<sup>9</sup> y Harry G. Roming,<sup>10</sup> quienes iniciaron con la aplicación de los principios básicos de calidad, que tiempo después, se dieron a conocer en Japón por W. Edwards Deming,<sup>11</sup> quien con un grupo de empresarios y científicos desarrollaron dichos principios hasta formar nuevos conceptos.

---

<sup>8</sup> Walter A. Shewhart nació el 18 de marzo de 1891 en New Canton, Illinois, Estados Unidos. El Dr. Shewhart se graduó con licenciatura y maestría en física, y recibió un doctorado en la misma materia en la Universidad de California en Berkeley en 1917. Fue el primer miembro honorario de la American Society for Quality (ASQ).

<sup>9</sup> Harold F. Dodge nació el 23 de enero de 1893 en Lowell, Massachusetts, Estados Unidos. Dodge obtuvo una licenciatura en ingeniería eléctrica en el Instituto de Tecnología de Massachusetts en 1916 y una maestría en física y matemáticas de Columbia en 1922. Laboró en el departamento de control de calidad en los Laboratorios Bell 1917-1958. Fue uno de los principales percusores del control de calidad estadístico y se desempeñó en diversos cargos públicos y privados.

<sup>10</sup> Harry G. Roming comenzó su carrera en 1921 como profesor de matemáticas y ciencias en una escuela secundaria en Oregón. Obtuvo una maestría en física en la Universidad de California en Berkeley y un doctorado en ingeniería industrial de la Universidad de Columbia en 1939. Trabajó en Bell Labs en 1926 y ganó la Medalla Shewhart de ASQ en 1953, entre otras cosas.

<sup>11</sup> W. Edwards Deming nació en el 14 de octubre de 1900 en Wyoming, Estados Unidos. Entre 1917 y 1921 estudio ingeniera en la Universidad de Wyoming en Laramie. En 1925 Deming recibe un master en matemáticas y física de la Universidad de Colorado. En 1928 Deming obtiene el doctorado en fisico matemático y pasa un año estudiando estadística en la University College de Londres en 1935. Además, se convirtió en consultor y docente la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (Union of Japanese Scientist and Engineers, por sus siglas en inglés). En 1955, fue premiado con la Medalla Shewhart por la Sociedad Americana para el Control de Calidad (Awarded the Shewhart Medal by the American Society for Quality Control, ASQC, por su siglas en ingles). Fue funcionario público, consultor de empresarios y profesor en diversa universidades durante más de medio siglo.

### *1.1.3 Etapa del aseguramiento de la calidad*

En esta etapa personajes como Joseph M Juran, Kaoru Ishikawa y Armand V. Feigenbaum se enfocaron en el aseguramiento de la calidad para no sólo resolver problemas sino reaccionar de manera proactiva ante ellos.

En 1951, el Mtro. Juran<sup>12</sup> publicó la primera obra de referencia estándar en gestión de la calidad denominado el Manual de Control de Calidad. En aquellos días el manual sirvo como guía para mejorar el rendimiento de una organización mediante la mejora de los productos y servicios.

En este mismo año, diversas asociaciones como *The American College of Physicians* (ACP), *The American Hospital Association* (AHA), *The American Medical Association* (AMA), y *The Canadian Medical Association* (CMA), se unieron con miembros de la *American College of Surgeons* (ACS) para crear la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH),<sup>13</sup> con el objetivo de promover la acreditación voluntaria de hospitales para que éstos proporcionaran una atención segura y eficaz con la más alta calidad en beneficio de sus pacientes.

---

<sup>12</sup> Joseph M. Juran nació el 24 de diciembre de 1904 en Brailia, Rumania. Juran se graduó de la Universidad de Minnesota en la carrera de Ingeniería Electrónica en 1924, obtuvo una maestría en derecho en la Universidad de Loyola en 1936. En su vida profesional se desempeñó como ingeniero, ejecutivo industrial, administrador del gobierno, profesor universitario, director corporativo y consultor de gestión. También, fue miembro de la Junta de Supervisores, que creó en Estados Unidos el Malcolm Baldrige National Quality Award. Recibió diversos premios en su país y en Japón por brindar los principios y métodos fundamentales de la gestión de calidad. Para mayor información se sugiere consultar: <http://www.juran.com/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>13</sup> La Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) fue fundada en 1951. Su primer Director fue Edwin L. Crosby en 1952. Para 1966 inicia formalmente con los trabajos de acreditación de los hospitales. Para mayor información se sugiere visitar la página web: <http://www.jointcommission.org/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

Por otro lado, Dr. Armand V. Feigenbaum<sup>14</sup> creó el concepto *Total Quality Control*, que aparece en su libro, *Quality Control: Principles, Practice, and Administration*, donde estableció los principios *Total Quality Management* (TQM, por sus siglas en inglés).<sup>15</sup> En esta obra publicada por primera vez en 1951, el Dr. Feigenbaum señala que es un sistema eficaz para la integración del desarrollo de la calidad en una organización con el fin de permitir la producción y el servicio a niveles que permiten la plena satisfacción del cliente.

Finalmente, Kaoru Ishikawa,<sup>16</sup> precursor del movimiento por la calidad en Japón, aportó en 1962 ideas innovadoras para la creación de los llamados “círculos de calidad”. Esta constitución de grupos en las áreas de trabajo tenía el objetivo de generar mejoras y crear conciencia de la calidad en la organización. Los círculos eran integrados por personal de la organización que de forma voluntaria estaban dispuestas a participar y estudiar, así como ampliar los horizontes de su desarrollo.

#### *1.1.4 Etapa de la administración de la calidad total*

En la década de los ochenta y tomando en cuenta las dos etapas antes descritas, apareció la idea de la administración de la calidad total como una ventaja competitiva y preocupada por las necesidades del mercado y de los clientes.

En 1982, el Dr. Deming publica el libro “*Quality, Productivity and Competitive Position*”,<sup>17</sup> que tuvo como objetivo transformar el estilo de gestión estadounidense y en

---

<sup>14</sup> El Dr. Armand V. Feigenbaum nació en Berkshires, Massachusetts, Estados Unidos en 1920. Feigenbaum obtuvo un doctorado en Economía por el Massachusetts Institute of Technology en 1951. Trabajó para General Electric Company (1958-1968) y fundó en 1968 General Systems Company. Fue presidente de la American Society for Quality (ASQ) durante el periodo 1961-1963. El Dr. Feigenbaum fue galardonado con The National Medal of Technology and Innovation otorgada en 2008. Para mayor información visitar la página web: <http://www.feigenbaumfoundation.org/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>15</sup> Feigenbaum, Armand, *Total quality control*, McGraw-Hill, New York, c1991.

<sup>16</sup> Kaouro Ishikawa nació en Japón en 1915, se graduó como químico y tiempo después obtuvo un doctorado en Ingeniería en la Universidad de Tokio. En 1952 fue Director de la Sociedad Química del Japón. Además, obtuvo el premio Deming y un reconocimiento de la American Association for Quality, ASQ por sus siglas en inglés, (Asociación Americana de la Calidad).

<sup>17</sup> Deming, W. Edwards, *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989.

ese mismo año, se publica el libro “*Out of the Crisis*”,<sup>18</sup> donde este autor presenta los 14 principios para transformar la gestión en la organización.

Para 1986, Juran presenta “La trilogía de la calidad”, donde identificó las bases para la gestión de la calidad, ya que es un esquema de administración funcional cruzada que se compone de tres procesos administrativos: planear, controlar y mejorar.

También es pertinente destacar en esta etapa a Philip Crosby,<sup>19</sup> fundador del movimiento “cero defectos”. Este movimiento tenía el propósito de elevar las expectativas de la administración y motivar, así como concientizar a los trabajadores por la calidad. El enfoque de calidad de Crosby lo desarrolló en sus libros *Quality is Free. The art of making quality certain*<sup>20</sup> en 1979 y *The absolutes of Leadership*<sup>21</sup> en 1984.

En esta etapa se publicaron las Normas de la Familia ISO-9000,<sup>22</sup> que definieron estándares para los sistemas de aseguramiento de calidad en las organizaciones y apareció el Programa Seis Sigma que es una técnica para monitorear defectos y mejorar la calidad.<sup>23</sup> Cabe mencionar que el modelo médico de la acreditación utilizado por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) tiene similitudes con el empleado en el Sistema ISO en las industrias, de hecho, ambos sistemas son compatibles.

---

<sup>18</sup> Deming, W. Edwards, *Out of the crisis*, Cambridge, Mass: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986.

<sup>19</sup> Philip Crosby nació el 18 de junio de 1926 en Wheeling, Virginia, Estados Unidos. Laboró para Crosley de 1952 a 1955; Martin-Marietta de 1957 a 1965; ITT de 1965 a 1979 y demás empresas industriales. En 1979 fundó Philip Crosby Associates, Inc. (PCA). Para mayor información se sugiere visitar la página web: <http://www.philipcrosby.com.mx/index.php>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>20</sup> Crosby, Philip B, *La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad*; trad. de Octavio Díaz García de León, México: CECSA, 1987.

<sup>21</sup> Crosby, Philip B, *Los principios absolutos del liderazgo*; trad. de Roberto Andrés Haas García, Prentice-Hall Hispanoamericana, c1996

<sup>22</sup> ISO (International Organization for Standardization) fue fundada en 1947 y nació de la unión de dos organizaciones que son: IFNSA (International Federation of the National Standardizing Associations) y UNSCC (United Nations Standards Coordinating Committee). Su objetivo es publicar normas internacionales que establezcan estándares a nivel mundial relacionados con la tecnología y los negocios. Para mayor información visitar la página web: <http://www.iso.org/iso/home.htm>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>23</sup> Manivannan, Subramaniam, *Introducción a seis sigma*, Revista MetalForming, México, Agosto de 2007, Pág. 50



### 1.1.5 La calidad total

En la década de los noventa se pensó en la reestructuración de las organizaciones y la mejora de sistema de procesos para mantener a las organizaciones dentro del mercado. El objetivo de esto es a raíz del fenómeno de la globalización<sup>24</sup> que comenzaba a presentarse alrededor del mundo, por ejemplo en México se inició la entrega del Premio Nacional de Calidad en 1990.<sup>25</sup>

En la primera década del siglo XXI, podemos observar que organizaciones privadas y públicas en distintos países se encuentran preocupadas por la calidad, la competencia y la productividad por lo que cada vez más han decidido establecer en su organización estrategias y sistemas de gestión de la calidad que permitan brindar servicios y productos más eficientes y eficaces para aquellos que los demandan.

En materia de salud, diversos hospitales utilizan sistemas de gestión de la calidad para la gestión de sus servicios y mejora continua con base en estándares de las Normas de la familia ISO 9000, o en su caso por los establecidos por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), y los de *European Foundation for Quality Management* (EFQM), entre otros.

A continuación veremos cómo diversos autores concibieron el concepto de calidad según sus teorías en la evolución de este movimiento y con ello entender como este concepto es empleado para mejorar los servicios de salud.

---

<sup>24</sup> Según el Banco Mundial, la globalización no tiene un significado exacto, pero este término se relaciona con el hecho de que en los últimos años una parte de la actividad económica del mundo que aumenta en forma vertiginosa parece estar teniendo lugar entre personas que viven en países diferentes (en lugar de en el mismo país). Para mayor información se sugiere visitar la página web: <http://www.bancomundial.org/temas/globalizacion/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>25</sup> <http://competitividad.org.mx/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

### 1.1.6 El concepto de Calidad

Primeramente, haremos una reflexión sobre ¿Qué es la calidad? De acuerdo con la Real Academia Española la palabra calidad en latín *qualitas*, *-ātis*, y este calco del griego ποιότης, es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.<sup>26</sup>

En 1931, Walter Shewhart definió por primera vez la calidad como la bondad de un producto.<sup>27</sup> Para el W. Edwards Deming señala que la calidad sólo puede definirse en función del sujeto que la juzga,<sup>28</sup> esto es, el sujeto es el único que puede hacer un juicio sobre la calidad.

Para la *American Society of Quality* (Sociedad Americana de la Calidad):<sup>29</sup> calidad es un término subjetivo que cada persona o sector tiene su propia definición. En el lenguaje técnico, la calidad puede tener dos significados: 1. las características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer necesidades expresadas o implícitas, 2. un producto o servicio libre de deficiencias.

Joseph M. Juran, brinda una definición sencilla de calidad que es “la adecuación al uso”.<sup>30</sup> Kaoru Ishikawa define a la calidad como aquella que satisface al cliente, pues en japonés “calidad” o “hinshitsu” es una palabra escrita con dos caracteres chinos, una quiere decir “bienes” y la otra quiere decir “calidad”.<sup>31</sup>

---

<sup>26</sup> <http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>27</sup> Evans R., James, Lindsay M., William, Administración y control de la calidad; trad. de Francisco Sánchez Fragoso. Pie Imprenta México: Cengage Learning, 2008. Pág. 10

<sup>28</sup> Deming, W. Edwards, Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989. Pág. 132

<sup>29</sup> La American Society of Quality (Sociedad Americana de la Calidad) fue fundada en 1946 y se encarga de brindar capacitación, certificación individual y herramientas referentes a calidad para todo tipo de industrias. Esta asociación se encarga de administrar el Premio Malcolm Baldrige desde 1991 en Estados Unidos de América. Para mayor información visitar la página web: <http://www.asq.com.mx/>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>30</sup> Juran, Joseph M., Juran y la planificación para la calidad, versión española por Jesús Nicolau Medina, Mercedes Gozalbes Ballester, México: Ediciones Díaz de Santos, c1990. Pág. 9

<sup>31</sup> Ishikawa, Kaoru, Introducción al control de calidad; trad. de Jesús Nicolau Medina y Ma. de las Mercedes

Por otro lado, Philip Crosby define calidad como cumplir con los requisitos<sup>32</sup> y para Armand V. Feigenbaum la calidad la determina el cliente, pues es él quien establece los requisitos y conoce el producto o servicio.<sup>33</sup>

Según la Norma ISO 9000:2005 Fundamentos y Vocabulario, es el grado en que un conjunto de características inherentes que cumplen con los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios aplicables.<sup>34</sup>

Adicionalmente, el Dr. Francisco Hernández Torres considera que la calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad.<sup>35</sup>

A manera de conclusión, podemos decir que el concepto de calidad es un término polisémico porque puede tener distintos significados según para lo que sea utilizado, máxime, los autores aquí citados coinciden que la calidad es la cualidad de una cosa que para diferenciarse se debe hacer un juicio de valor.

En el siguiente apartado estudiaremos como estos conceptos de calidad influyeron en materia de salud, pues tomando en cuenta la experiencia de la industria se buscó mejorar los servicios sanitarios. En este sentido, las teorías y las ideas del Dr. Avedis Donabedian ayudaron a desarrollar la evaluación de la atención médica que hoy se utiliza en todo el mundo.

---

Gozalbes Ballester. Pie Imprenta Madrid: Díaz de Santos, 1994. Pág. 17 y 18.

<sup>32</sup> Crosby, Philip B., Calidad sin lágrimas: el arte de administrar sin problemas; trad. de Alberto García Mendoza, Pie de Imprenta México: CECSA, 1987. Pág. 72

<sup>33</sup> Feigenbaum, Armand, Control total de la calidad; tr. Ma. Ascensión G. de la Campa Pérez Sevilla. Pie de Imprenta México: Compañía Editorial Continental, 1994. Pág. 7

<sup>34</sup> Norma ISO 9000:2005 Fundamentos y Vocabulario.

<sup>35</sup> Hernández Torres, Francisco, Introducción, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 11

## *1.2 La Calidad en los servicios de salud según el Dr. Avedis Donabedian*

El origen de la calidad en los servicios de salud se le atribuye a los estudios y trabajos realizados por el Dr. Avedis Donabedian,<sup>36</sup> que se dio a la tarea en medir la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos.

El Dr. Donabedian publicó en 1966 el artículo "*Evaluating the quality of medical care*",<sup>37</sup> donde brinda distintos enfoques y menciona los diversos métodos para evaluar la calidad de la atención médica. Es así que nuestro autor destacó que era necesario comprender cómo los pacientes y los médicos interactuaban en el proceso de la prestación de la atención médica, pues en aquellos días no había una definición clara de calidad.

En este artículo, el Dr. Donabedian presenta su famosa clasificación de los métodos de calidad (estructura-proceso-resultado), mediante la cual detalla y documenta los métodos utilizados para estimar el grado de calidad de la asistencia sanitaria, proponiendo algunas recomendaciones para el futuro.<sup>38</sup>

En este sentido, la estructura se relaciona con los procesos administrativos, la evaluación es la adecuación de las instituciones y el equipo que se encuentra en ellas como son: el personal médico y su organización, infraestructura y organización administrativa, entre otros; por último, el resultado son los logros obtenidos a nivel de la salud del paciente y satisfacción de éste.








---

<sup>36</sup> El Dr. Avedis Donabedian nació el 7 de junio de 1919 en Beirut, Líbano. Fue Profesor Emérito de Salud Pública por la Universidad de Michigan. Obtuvo una maestría en Salud Pública en la Universidad de Harvard. Su trayectoria se enfocó en la sistematización de conocimientos dentro de las ciencias de la salud y en la mejora de la calidad asistencial. Recibió el Era Nathan Sinai Distinguished Professor Emeritus de Salud Pública y la Medalla Sedgwick por Servicios distinguidos en Salud Pública en 1999 y obtuvo la condecoración más alta que otorga la American Public Health Association (APHA). Para mayor información se sugiere visitar la página web: <http://www.fadq.org/Principal/tabid/36/Default.aspx>

<sup>37</sup> Donabedian Avedis, *Evaluating the quality of medical care*, *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166-206

<sup>38</sup> *Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, *Calidad Asistencial*, Suplemento N.1 2001, Volumen 16, Barcelona España. Pág. S10

Otro trabajo destacado del Dr. Donabedian es *The Seven Pillars of Quality*<sup>39</sup> en donde se sustenta la calidad de la manera siguiente: 1. Eficacia, 2. Efectividad, 3. Eficiencia, 4. Optimización, 5. Accesibilidad, 6. Legitimidad y 7. Equidad. La razón es que dichos pilares se han utilizado para la definición de la calidad en la atención de la salud. Ahora veremos:

1. Eficacia		La mejor actuación posible utilizando la ciencia y el arte de la atención.
2. Efectividad		Nivel de mejora de salud del paciente.
3. Eficiencia		Conseguir la mejora de salud del paciente al coste más bajo posible.
4. Optimización		La capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada.
5. Accesibilidad		Relación médico-enfermo, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención y los costes de la atención.
6. Legitimidad		Preocupación por el bienestar de la colectividad.
7. Equidad		Distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

**Figura N. 1 Elaborado por el autor**

En este orden de ideas, el Dr. Donabedian define la calidad de la atención de la salud como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.<sup>40</sup> Para garantizar la calidad según este autor dependerá del sistema (reclutamiento de recursos humanos, educación, capacitación, etc.) y el monitoreo del desempeño.

Otros colaboradores para garantizar la calidad son los consumidores en tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen. Esto quiere decir que el consumidor al definir la calidad establece con claridad cuál es el estándar del producto o servicio, a través de una valoración que mida el

<sup>39</sup> Donabedian, Avedis, *The seven pillars of quality*. Arch Pathol Lab Med, 1990. 114(11): p. 1115-8.

<sup>40</sup> Donabedian, Avedis, *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica*, Primera Edición, Perspectivas en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México 1990. Pág. 12

grado de satisfacción para que otros puedan tener una postura al respecto y se evalúa para contar con información confiable que permita tomar de mejor manera decisiones al respecto.<sup>41</sup>

Para concluir, las ideas del Dr. Donabedian tienen similitud con los modelos de calidad utilizados en la industria, pues en sus trabajos se utilizan conceptos como: “calidad total”, “evaluación de la calidad”, “mejora continua”, etc.

A continuación veremos cómo las dependencias e instituciones federales que brindan servicios de salud se preocuparon por realizar su trabajo bajo modelos de calidad y como estos esfuerzos individuales a principios del Siglo XXI propiciaron la “Cruzada Nacional por la Calidad” que a la postre estableció los cimientos de los programas recientes de calidad en el sector salud.

### *1.3 Antecedentes de los esfuerzos por mejorar los servicios de salud en México*

En México, los esfuerzos para mejorar los servicios de salud inician en el Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)<sup>42</sup> en 1956, donde se comienza extraoficialmente con la revisión de expedientes y en 1957 se integra la Comisión de Supervisión Médica del IMSS.

En 1959 se integró la Auditoría Médica en el IMSS, se formalizó su realización en el Boletín Médico de la institución y se sentaron las bases para la evaluación de la calidad de la atención a través de la revisión del expediente clínico.

---

<sup>41</sup> Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Calidad Asistencial, Suplemento N.1 2001, Volumen 16, Barcelona España. Pág. S102

<sup>42</sup> El 19 de enero de 1943 nació jurídicamente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal. El 1 de enero de 1944, el IMSS inició la prestación de servicios en todas sus ramas.

En 1962 se publicó por la Subdirección General Médica del IMSS un fascículo denominado: "Auditoría médica" que fue reeditado en 1964, con políticas similares en cuanto a la evaluación.<sup>43</sup>

Para la década de los años setenta, el IMSS hecha andar formalmente la Evaluación de la Atención Médica enfocada al expediente clínico, con el objetivo de establecer instrucciones para su correcta integración y elaboración. Por otro lado, la Academia Nacional de Medicina<sup>44</sup> comienza a llevar a cabo la certificación de médicos especialistas y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se implementa un sistema de evaluación de la calidad de la atención.

En la década de los ochenta, la evaluación médica tiene un auge significativo, pues en 1980 el IMSS crea la Jefatura de Supervisión y Control del Área Médica y en 1981 la Supervisión y Auditoria de Unidades Médicas Delegacionales, con el propósito de efectuar auditorias enfocadas a las funciones administrativas de la institución. También, en 1983 se formó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud, cuya principal función fue coordinar, homogeneizar y establecer criterios e indicadores de evaluación que permitieran mejorar el funcionamiento de las instituciones de salud y del sector en su conjunto.<sup>45</sup>

Para el año de 1985, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de la Secretaría de Salud implementa un programa para garantizar la calidad en la atención médica a través de la creación de círculos de calidad<sup>46</sup> integrados por personal de salud como: enfermeras y médicos. De manera similar, éste tipo de estrategia se implementó en el Hospital General

---

<sup>43</sup> Aguirre Gas, Héctor y col. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas salud pública, México 1990; vol. 32(2):170-180.

<sup>44</sup> La Academia Mexicana de Medicina se crea en 1836 y en 1865 se convirtió en la Sociedad Médica de México, más tarde en 1873 en la Academia de Medicina de México y finalmente en 1887 la Academia Nacional de Medicina de México que en 1912, se le considera como órgano consultivo del Gobierno Federal.

<sup>45</sup> Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006. Pág. 15

<sup>46</sup> Rúelas Barajas, Enrique y col. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México 1990; Vol. 32(2):207-220

"López Mateos" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Un año después, en 1987 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud integró el documento "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud" mismo que fue distribuido a las instituciones que lo forman.<sup>47</sup>

A mediados de la década de los años noventa, el 3 de junio de 1996, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con el objetivo de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

Luego entonces la CONAMED sería un ente alterno en la solución de conflictos, donde se tutelara el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

En 1997 y en el marco de la cruzada institucional por la calidad en el IMSS, se pone en funcionamiento el Programa Integrado de Calidad (PIC), que tenía como objetivo mejorar los servicios a los derechohabientes, dotando al instituto con infraestructura y equipamiento; mejorando los procesos de atención en las subdelegaciones; disminuyendo los tiempos de espera en consulta de medicina familiar y externa de especialidades y en los servicios de cirugía; mejorando el servicio de urgencias; redoblando los esfuerzos en materia de conservación, mantenimiento y limpieza de las instalaciones; reforzando las acciones de dotación oportuna de ropa hospitalaria, y garantizado la suficiencia en el surtimiento de recetas.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Ruíz de Chávez M, Martínez Narváez G, Calvo Ríos JM y col. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México 1990; 32:156-169.

<sup>48</sup> Véase en Solidaria, revista bimestral editada por el IMSS para sus trabajadores. Corresponde al número 134 de febrero-marzo de 1999, novena época.



Igualmente, la Secretaría de Salud pone en marcha en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica que fue implementado en 28 Estados de la República. Este programa incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.<sup>49</sup>

Tiempo después, la Secretaría de Salud integra en 1999 la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario Técnico del Consejo de Salubridad General, con la intención de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, por medio del Programa de Certificación de Hospitales cuyos resultados cuantitativos a finales del año 2000 rebasaron las expectativas fijadas.<sup>50</sup>

En 2001, se emite el Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que era una estrategia ambiciosa enfocado a las unidades de la Secretaría de Salud Federal y los servicios de salud a cargo de las entidades federativas (SESA),<sup>51</sup> ya fueran unidades de primer nivel y hospitales públicos o privados.

Con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se trató de arraigar el concepto de calidad como un valor y reto en los prestadores de salud.<sup>52</sup> La estrategia consideró que los sistemas de salud son complejos, pero a la vez flexibles. Otras variables de este programa fueron el humanismo en salud, la administración, la educación, la información, la estandarización, la participación ciudadana.<sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> Secretaría de Salud, Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. 2001. Pág.7

<sup>50</sup> <http://www.csg.salud.gob.mx/index.html>. Consulta realizada el 31 de diciembre de 2013.

<sup>51</sup> Servicios Estatales de Salud.

<sup>52</sup> En 2004 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) adopta el Modelo del Premio Nacional de Calidad e instituye el Premio ISSSTE a la Calidad de acuerdo con las líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006, donde se establece la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

<sup>53</sup> La Cruzada tuvo el apoyo de un Consejo Asesor con el propósito de validar la visión, los objetivos y la estrategia implementada. El Consejo se dividió en dos grupos de aproximadamente 20 personas cada uno: Grupo 1 y Grupo A, donde participaron con representantes del sector público y privado prestadores de

En 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud. La reforma entró en vigor el 1 de enero de 2004 con el objeto de brindar acceso igualitario de servicios de salud a la población que no se encontraba afiliada a ninguna institución de seguridad social. Esta reforma estableció que las unidades de atención a beneficiarios del Seguro Popular debían previamente acreditar su calidad, por lo que la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad se dio a la tarea de efectuar dicho trabajo.

El 17 de enero de 2008 se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA) como un esfuerzo para integrar el Sistema Nacional de Salud, en materia de calidad, se establece la estrategia operativa denominada: Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Para la operación del programa se establecieron proyectos específicos en 4 rubros por lo que se presentan las acciones más importantes a saber:

<b>1. Calidad percibida:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aval ciudadano</li> <li>• Precepción de los profesionales de la salud.</li> </ul>
<b>2. Calidad técnica y seguridad del paciente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad al paciente</li> <li>• Prevención y reducción de enfermedades nosocomiales</li> <li>• Calidad en la atención</li> <li>• Cuidados paliativos</li> </ul>
<b>3. Calidad en la gestión de los servicios de salud:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditación</li> <li>• Establecimiento de indicadores de calidad (INDICAS)</li> <li>• Creación de los Comités Estatales de Calidad (CECAS)</li> <li>• Creación del Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS)</li> </ul>
<b>4. Proyectos de apoyo y reconocimiento:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación de personal</li> <li>• Instalación del Premio Nacional de Calidad</li> <li>• Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud</li> </ul>

**Cuadro N. 1 elaborado por el autor**

---

servicios de salud, los prestadores de seguridad social, académicos, asociaciones, entre otros.

Presentado desde sus inicios como un programa sectorial, SICALIDAD tiene como objetivo general el implementar un Sistema Integral de Calidad en Salud que contribuya a la calidad técnica y percibida en los servicios públicos de salud.<sup>54</sup>

El Comité Nacional por la Calidad en Salud,<sup>55</sup> que fue un proyecto específico del Programa SICALIDAD, se le encomendó la tarea de unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones y efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Según la Evaluación Externa realizada a SICALIDAD por la Universidad Autónoma Metropolitana en coordinación con la Secretaría de Salud en 2012, se enlistan diez principales fortalezas de dicho programa, entre ellas se destaca que las principales dependencias e instituciones que integran el sistema de salud mexicano conocen sobre los componentes de SICALIDAD, dado a los recursos obtenidos por medio de los premios otorgados a la calidad.<sup>56</sup>

Hasta aquí hemos visto como a lo largo de 60 años los esfuerzos por las instituciones y dependencias, tanto federales como locales han hecho lo posible por mejorar los servicios

---

<sup>54</sup> Según el ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud para el ejercicio fiscal 2013. Publicado en el diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2013, los objetivos específicos de SICALIDAD son: a) Establecer los mecanismos que permitan responder a las necesidades, expectativas y a la voz de los usuarios, desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad percibida en los servicios de salud; b) Desarrollar metodologías e instrumentos que contribuyan a mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente, relacionados con la mejora continua de la calidad de atención, la reducción de eventos adversos, la medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería, entre otros; y c) Conducir bajo la coordinación de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

<sup>55</sup> ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007.

<sup>56</sup> Secretaría de Salud, Evaluación Externa SICALIDAD 2012, Universidad Autónoma Metropolitana, 2012. Pág. 88 y 89

de salud que ofrecen a través de políticas públicas. Los esfuerzos han sido muchos para mejorar la calidad y la evolución de estas metodologías han ido cambiando conforme el tiempo. Al principio los esfuerzos eran independientes y poco a poco se han ido conjuntando y son convergentes pero no así homólogos, pues aún falta mucho trabajo para que los mexicanos podamos realmente recibir servicios de salud con calidad.

En este apartado se identifica que es pertinente la unificación de criterios y políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes en las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, no obstante que con el Programa SICALIDAD se ha intentado llevar a cabo un estrategia sectorial en materia de calidad, éste ente no tiene las facultades de rectoría como autoridad sanitaria para establecer estándares homólogos de calidad.

En nuestro siguiente numeral veremos la prospectiva que tiene la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud sobre el tema de calidad en los servicios de salud. Es importante ver como este tema es manejado ante estas organizaciones de carácter internacional y como pueden incidir en las políticas públicas a nivel nacional.

#### *1.4 La calidad de los servicios de salud según la Organización Mundial de la Salud*

En mayo de 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS),<sup>57</sup> por conducto de su órgano supremo la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la resolución WHA55.18, Calidad de la atención: seguridad del paciente, donde se insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y la calidad de la

---

<sup>57</sup> La Constitución de la OMS entró en vigor el 7 de abril de 1948. En esta fecha cada año se celebra el Día Mundial de la Salud. La Constitución de la OMS ha sufrido diversas reformas por la 26.ª, la 29.ª, la 39.ª y la 51.ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente. La OMS es una autoridad directiva y coordinadora dedicada a los temas sanitarios de carácter mundial. Su fin es alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Por ello, sus principales funciones son las de realizar investigaciones en salud, dictar normas, proponer política basadas en la evidencia, prestar cooperación técnica a los países y vigilar la sanidad.

atención sanitaria, en particular, la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

En aquellos días se solicitó a la Dirección General de la OMS la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente. A partir de ello se habría que definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud. En el caso de México había iniciado en 2001 su Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

En este mismo año, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el propósito de elaborar una clasificación internacional para la seguridad del paciente, de ahí deriva la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), que se integra de un conjunto de conceptos conexos que permiten comprender los términos empleados en la seguridad de los pacientes.

Por tanto, la Organización Mundial de la Salud define la calidad como el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.<sup>58</sup>

Cabe señalar que el derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Lo anterior lo define con base en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde se adoptó una Observación general sobre el derecho a la salud.

Tal es así que la OMS señala que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, por ende, existe una obligación del Estado de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud.

---

<sup>58</sup> Organización Mundial de la Salud, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009.

En conclusión la calidad para la OMS es un mecanismo para reforzar los sistemas de salud en el mundo. Ante todo, los servicios de salud deben de ser eficaces y de calidad para responder a las necesidades de los pacientes. Para garantizar su calidad depende mucho como los servicios se organizan, se gestionan, se financian y por la disponibilidad de personal capacitado, entre otros aspectos.

### *1.5 La calidad de los servicios de salud según la Organización Panamericana de la Salud*

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se fundó en 1902 y tiene como propósitos fundamentales la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.<sup>59</sup>

En materia de calidad, la OPS en 1992 publicó el Manual de Acreditación para Hospitales de Latinoamérica y el Caribe, el cual tuvo gran aceptación y uso en los países de la Región, para el año 2000 se lleva a cabo la iniciativa sobre las funciones esenciales de salud pública (FESP), donde se destaca la función relacionada con la “garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”, entendiéndose los servicios públicos y privados.

La OPS toma en consideración la resolución WHA55.18, "Calidad de la atención: seguridad del paciente", emitida por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 2002 y el 5 de octubre del 2007 durante la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, la OPS emite el documento CSP27/16 de fecha 17 de julio del 2007 denominado Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente (CASP).

---

<sup>59</sup> Artículo 1 *Propósitos*: Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, Adoptada por el Consejo Directivo en su I Reunión, celebrada en Buenos Aires, Argentina, del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947. Enmiendas aprobadas por el Consejo Directivo en su XIII Reunión, resolución XXXVII (1961); en su XVI Reunión, resolución XXIV (1965); en su XVIII Reunión, resolución II (1968); en la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, resolución I (1978), y en la XLI Reunión del Consejo Directivo, resolución VIII (1999).

En este documento se define la calidad como la cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales de salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.<sup>60</sup>

En este sentido y considerando el documento CSP27/16 se emite la Resolución CSP27.R10 de fecha 05 de octubre de 2007, a través del cual se insta a los Estados Miembros a dar prioridad a la seguridad del paciente y a la calidad de la atención en las políticas y programas sectoriales, asignar recursos financieros, incorporar la participación del paciente en los procesos de mejora de la calidad de la atención sanitaria; evaluar la situación de la seguridad del paciente y la calidad de la atención, colaborar con la OPS para la elaboración de una estrategia regional.

Por esta razón, los países de la Región de las Américas están trabajando las líneas estratégicas de la resolución CSP27.R10. Por ejemplo, cuando en México se elaboró el Plan Nacional de Salud 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2013, se consideró una política y estrategia nacional para garantizar la calidad de la atención sanitaria, siguiendo la resolución mencionada.

---

<sup>60</sup> 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., Estados Unidos, 1-5 de octubre del 2007.

## Capítulo 2

### **2. Políticas públicas y marco jurídico que regula la calidad de los servicios de salud en México.**

Esta sección tiene como objetivo estudiar las políticas públicas en materia de salud que lleva a cabo el Ejecutivo Federal con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, asimismo, en esta sección se tiene a bien analizar el marco jurídico vigente que regula la calidad de los servicios de salud en México.

Primero, haremos un estudio del plan, en particular, en su meta II. México Incluyente, con el propósito de determinar de manera prospectiva si es posible garantizar la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral. Segundo, nos enfocaremos en los objetivos, las estrategias y líneas de acción del programa sectorial, a las cuales se deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal de acuerdo con el derecho a la protección de la salud y la calidad de los servicios.

Después, estudiaremos lo relacionado con la legislación aplicable en materia de calidad de los servicios de salud en México que se emplea para los procesos de acreditación y certificación de unidades médicas. Finalmente se analizan las legislaciones de las instituciones de seguridad social que puede servir de referencia para entender nuestro tema.

Con esto pretendemos demostrar que el Sistema Nacional de Salud requiere de instrumentos normativos e instituciones rectoras capaces de dirigir la política pública sanitaria integral y convergente para lograr la calidad de los servicios de salud.



## *2.1 Análisis del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en materia de calidad de los servicios de salud*

El objetivo general del Plan es llevar a México a su máximo potencial y para lograrlo se han establecido cinco metas nacionales y tres estrategias transversales, entre ellas, la meta II. México Incluyente, que en términos generales se centra en garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales, entre ellos la salud.

De acuerdo con el diagnóstico que hace el Plan en materia de salud, se resalta que el Sistema Nacional de Salud podría lograr mejores resultados si se condujera bajo una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.<sup>61</sup>

El Plan identifica tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud, estos son: a) La fragmentación del Sistema Nacional de Salud con un modelo de atención enfocado a lo curativo y no a lo preventivo; b) Las políticas para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud no cuentan con un enfoque multidisciplinario e interinstitucionales; y c) La falta de rectoría donde prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que propicia la mala capacidad operativa y financiera en el Sistema de Salud Público.

Según el Plan de Acción del Ejecutivo Federal, se tiene el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que se propone llevar a cabo diversas acciones entre las que destacan: fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.

---

<sup>61</sup> Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, Publicado el 20 de mayo de 2013 en el Diario Oficial de la Federación, Pág. 47.

De manera que el Plan, en su fracción VI. Objetivos, estrategias y líneas de acción para alcanzar las metas nacionales,<sup>62</sup> se establece el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, que para su cumplimiento se definieron 5 estrategias y 31 líneas de acción, sin embargo, en el cuadro siguiente sólo señalaremos las estrategias y líneas de acción que inciden directamente en el tema de la presente tesis y estos son:

Objetivo	Estrategia	Línea de Acción
Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.</li> <li>• Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.</li> </ul>
	Estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.</li> </ul>
<b>Enfoque transversal (México Incluyente)</b>		
	Estrategia II. Gobierno Cercano y Moderno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incorporar la participación social desde el diseño y ejecución hasta la evaluación y retroalimentación de los programas sociales.</li> <li>➤ Optimizar el gasto operativo y los costos de atención, privilegiando el gasto de inversión de carácter estratégico y/o prioritario.</li> </ul>

**Cuadro N. 2 Elaborado por el autor**

<sup>62</sup> El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 presenta un total de 31 objetivos, 118 estrategias y 819 líneas de acción.

En este orden de ideas, observamos que el propósito general del Plan Nacional de Desarrollo en materia de salud para este sexenio es el garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Como ya se enfatizó en este trabajo, tomaremos para estudio las 3 líneas de acción que aparecen en el cuadro anterior y examinaremos los resultados del Primer Informe de Gobierno 2012-2013 sobre dichas líneas conforme a lo siguiente:

- Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.

**Comentario:** Sobre esta línea los resultados señalan que la Secretaría de Salud se encuentra llevando a cabo políticas públicas para incrementar el aseguramiento en salud, mejorar la calidad de los servicios, fortalecer la regulación de las unidades de atención, entre otras.<sup>63</sup> Aquí quiero destacar que el Informe en comento no señala en específico que clase de estrategias se implementan para mejorar la calidad de los servicios de salud.

- Fortalecer la rectoría de la autoridad sanitaria.

**Comentario:** Entre las acciones en materia de rectoría, el Informe menciona que la Secretaría de Salud efectuó diversas funciones como autoridad sanitaria que la Ley General de Salud le establece, pero ninguna de ellas como coordinadora para establecer y conducir la política nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

- Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

**Comentario:** En este rubro la Secretaría de Salud brindó asesorías técnicas y capacitación en materia de calidad y seguridad del paciente a todas las entidades federativas, numeró 625 Guías de Práctica Clínica, acreditó 21 establecimientos de primer y segundo nivel para las intervenciones del CAUSES<sup>64</sup> y 17 para Servicios

---

<sup>63</sup> Primer Informe de Gobierno 2012-2013. Pág. 204

<sup>64</sup> El Catálogo Universal de Servicios de Salud es un documento que sirve de base para la estimación de

del FPCGC,<sup>65</sup> lo que representa un avance de 95% del total de establecimientos acreditados de los SESAS, 5 hospitales rurales del Programa IMSS-Oportunidades, entre otras acciones.<sup>66</sup>

En conclusión, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es el reflejo de la responsabilidad del Estado mexicano para la transformación de la realidad del país. Es un hecho que el Plan debe operar ya con los rezagos anteriores y con una visión hacia el futuro que hace difícil lograr la totalidad de sus propuestas.

El Plan identifica plenamente que el Sistema Nacional de Salud (SNS) carece de una política de calidad multidisciplinaria e interinstitucional que sea coordinada por la Secretaría de Salud. No obstante que a través de políticas públicas como el Programa SICALIDAD se intenta establecer una rectoría en temas de calidad de manera transversal entre las dependencias e instituciones que integran el sector salud, es evidente que se carece de un marco normativo que obligue al compromiso institucional por la calidad y defina una autoridad rectora para conducir la política nacional por la calidad de los servicios de salud.

Los más recientes esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud son loables y merecen reconocimiento, pero aún queda mucho por hacer porque en nuestra opinión falta una reorganización, una definición de roles y estrategias con base en un marco jurídico que faculte y regule la actuación del Estado e incorpore la participación de la sociedad que eficiente el gasto público.

---

tarifas de las intervenciones y acciones médicas, determina acciones de salud y enumera los estudios de laboratorio y gabinete, así como define los medicamentos que pueden ser utilizados para en los diferentes esquemas terapéuticos para los pacientes.

<sup>65</sup> El Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos es un fideicomiso que se creó para solventar los gastos que resulten de Enfermedades de Alto Costo.

<sup>66</sup> En diciembre de 2012 se forma el Observatorio de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente (OCASEP) y en junio de 2013 se contaba con 11,208 Avaless Ciudadanos.

## *2.2 Análisis del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 en materia de calidad de los servicios de salud*

El 12 de diciembre de 2013 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018,<sup>67</sup> donde se establecen los objetivos, las estrategias y líneas de acción, que deberán seguir las instituciones de la Administración Pública Federal para garantizar el derecho a la protección de la salud.

El diagnóstico que presenta el PROSESA sobre la calidad de los servicios de salud es que el segundo objetivo de cualquier sistema de salud debe considerar el acceso efectivo, esto es, satisfacer las necesidades y expectativas de la población por medio de médicos capacitados, acceso físico a los servicios (geográfico, cultural, económico), disponibilidad y oportunidad (recursos físicos y materiales cuando son necesarios) y la calidad en los procesos de atención.

También, éste Programa hace énfasis en que la percepción de la calidad en la atención varía según la institución que presta el servicio, en este sentido, se tomó como referencia los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012,<sup>68</sup> donde se muestra que los usuarios consideran como mejores los servicios de salud privados en comparación con los públicos.

El PROSESA acepta que la fragmentación del Sistema Nacional de Salud genera ineficiencias al brindar los servicios de salud, pues no se aprovechan los recursos de manera correcta y dificulta la homologación de los modelos de atención y de las herramientas de gestión de la calidad.

---

<sup>67</sup> El artículo 16, fracción IV, de la Ley de Planeación, dispone que las dependencias de la Administración Pública Federal deberán asegurar la congruencia de los programas sectoriales con el Plan Nacional de Desarrollo y programas especiales que determina el Presidente de la República. En este sentido, el 10 de junio de 2013 se publicó en el D.O.F., el Acuerdo 01/2013 por el que se emiten los Lineamientos para dictaminar y dar seguimiento a los programas derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

<sup>68</sup> Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Calidad de los procesos de atención ambulatoria en los servicios de salud: estándares y mejora organizacional, Instituto Nacional de Salud Pública, México 2012.

El PROSESA señala que es necesario el fortalecimiento de la rectoría por medio de un nuevo marco normativo para ampliar la posibilidad de definición de políticas para el sector y la instrumentación de sistemas de información y evaluación sectoriales. El acceso efectivo con calidad no se concibe sin un nuevo esquema de regulación y vigilancia de los establecimientos de atención médica y de asistencia social.<sup>69</sup>

Asimismo, se reconoce que las funciones normativas, de calidad, de rectoría, y las de control sanitario están separadas, ubicándose en diversas unidades administrativas de la Secretaría de Salud,<sup>70</sup> lo cual impide tener un mejor funcionamiento tanto interno como externo hacia todo el sector salud.

En virtud de lo anterior, el PROSESA en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos, entre ellos el “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.” Este objetivo reconoce que es urgente mejorar la atención primaria y para ello es necesario revisar las acciones emprendidas en los años anteriores y consolidar aquéllas que han dado resultados, por ende, se establecen cinco estrategias de las cuales destaca la 2.2 Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

De esta estrategia se desprenden diez líneas de acción que son:

- 2.2.1 Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- 2.2.2 Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.
- 2.2.3 Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.
- 2.2.4 Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutiva.

---

<sup>69</sup> Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Pág. 13

<sup>70</sup> Ídem.

- 2.2.5 Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.
- 2.2.6 Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.
- 2.2.7 Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.
- 2.2.8 Consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad.
- 2.2.9 Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud
- 2.2.10 Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles

A manera de conclusión, se considera que los objetivos, las estrategias y líneas de acción del Programa Sectorial de Salud son loables y merecen tener la atención de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, sin embargo, no consideramos viable el consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud como modelo para asegurar calidad, ya que es pertinente crear un sistema de certificación único y obligatorio operado por una autoridad sanitaria como el Consejo de Salubridad General.

El PROSESA identifica plenamente que el segundo reto del sistema de salud mexicano es velar por la calidad de los servicios de salud. La tarea para las instituciones es mejorar los estándares de satisfacción de los usuarios, para ello es importante fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y la instrumentación de evaluaciones sectoriales con base en un marco jurídico que así lo disponga.

### *2.3 Marco jurídico que regula de la calidad en los servicios de salud en México*

En este apartado se presenta los fundamentos jurídicos en el que se sustenta actualmente la calidad de los servicios de salud. Se hace un estudio vertical de la normatividad empezando por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud y los Reglamentos en la materia.

Además, se analiza la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, porque son las instituciones de seguridad social que representan servicios de salud a más de la mitad de asegurados de este país y en ellas dos se concentra el mayor número de inconformidades y quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

En este estudio se ha descartado la normatividad de Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Servicios Estatales de Salud y al sector privado que presta servicios de salud, ya que su número de afiliados y de inconformidades o quejas es menor en comparación con las instituciones de seguridad social mencionadas en el párrafo anterior.

#### *2.3.1 Certificación de los servicios de salud*

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamento en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente del Presidente de la República.<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Consejo de Salubridad General, Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales 2012, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, México 2012. Pág. 7



En 1994 con la entrada del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), México carecía de una institución reconocida de certificación de establecimientos de atención médica, máxime, no se contaba con estándares o criterios de evaluación homólogos que permitieran comparar el desempeño y resultados de las instituciones ni entre los sectores público y privado como sucedía en Estados Unidos y Canadá.

En 1999 y bajo el liderazgo del Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud se dio a la tarea de reunir a los representantes de las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, con el propósito de diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad.

En este sentido, se publicaron las siguientes bases y criterios en el Diario Oficial de la Federación:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales, el 1 de abril de 1999.
- Criterios para la certificación de hospitales, el 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
- Convocatoria dirigida a las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales, el 21 de julio de 1999, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

Por una parte, las bases disponían que la certificación se efectuara a los hospitales que la soliciten, por otra parte, los criterios eran los requisitos de estructura, gestión y registro de indicadores en hospitales relacionados con la ocupación hospitalaria, número total de egresos, tasa de mortalidad, etc.; finalmente, la convocatoria determinaría los requisitos, tanto legales como de experiencia, competencia técnica y capacidad operativa de las persona físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales.

Para el año 2001, las bases y criterios mencionados fueron abrogados para establecer los siguientes documentos:

- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, el 22 de octubre de 2003.

Por un lado, el Acuerdo señalado determinaba que la certificación era de carácter voluntario, por lo que ésta sólo se efectuaría a los establecimientos de atención médica que la solicitaran. Por otro lado, el Reglamento establecería la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud como un órgano de coordinación del proceso administrativo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Empero, el Consejo de Salubridad General publicó, el 13 de Junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); para coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes.<sup>72</sup>

Con este instrumento el Consejo General de Salubridad estableció el fundamento jurídico que regulara la certificación en México a través de preceptos que establecen las fases y vigencia de la certificación como un requisito para renovar la vigencia de la acreditación para los hospitales prestadores de servicios de salud a beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

---

<sup>72</sup> Este Acuerdo aboga el Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2002.

### *2.3.2 Acreditación de los servicios de salud*

El 7 de febrero de 1984 se publicó la Ley General de Salud en el Diario Oficial de la Federación y entró en vigor a partir del primero de julio de mil novecientos ochenta y cuatro. Esta ley tiene su origen en la adición de un párrafo al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,<sup>73</sup> para reconocer que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En este orden de ideas, la Ley en comento desde que entró en vigor y en la actualidad define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de nuestra Carta Magna.

Desde que entro en vigor la Ley General de la Salud se estableció que el Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, además, reconoce el derecho de los usuario para obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad con atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de profesionales, técnicos y auxiliares para la salud.

De hecho el 14 de mayo de 1986, se publica en el Diario Oficial de la Federación el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, donde hasta el día de hoy en su artículo 48 contempla el derecho de los usuarios para recibir prestaciones de salud de calidad.

En este sentido, el 15 de mayo de 2003 se publica en el Diario Oficial de la Federación el decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud con el propósito de crear el Sistema de Protección Social en Salud como un mecanismo mediante el cual el Estado

---

<sup>73</sup> La adición al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se publicó el 3 de febrero de 1983 en el Diario Oficial de la Federación.

garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.

La reforma entró en vigor el 1 de enero de 2004 con el objeto de brindar acceso igualitario de servicios de salud a la población que no se encontraba afiliada a ninguna institución de seguridad social, además, se estableció que las unidades de atención a beneficiarios del Seguro Popular debían previamente acreditar su calidad, por lo que la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad<sup>74</sup> se dio a la tarea de efectuar dicho trabajo.

Esta reforma propició que el Estado garantizara el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los servicios de salud a todos aquellos no beneficiarios de la seguridad social, por ello, se establece la acreditación como una auditoría de un servicio de salud o establecimiento fijo o móvil, ya sea de primer, segundo o tercer nivel de atención, para determinar si cumple un conjunto de criterios o estándares de capacidad, calidad y seguridad, necesarios para proporcionar los servicios definidos por el Sistema de Protección Social en Salud en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

Esto es, aquel establecimiento atención médica público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios, deberá comprobar su calidad con base en lo que se establece en los artículos 77 bis 9 de la Ley General de Salud y 23 a 26, 28, 29 y 29 bis del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud.

---

<sup>74</sup> Con base en el Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud publicado el jueves 11 de marzo de 2010 en el Diario Oficial de la Federación, la Subsecretaría de Innovación y Calidad pasa a denominarse Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, la cual le corresponde entre sus diversas funciones elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica y asistencia social en nuestro país.

Es pertinente comentar que en 2011 los artículos citados del Reglamento sufrieron diversas modificaciones de gran relevancia para llevar a cabo la acreditación de los servicios de salud. Las modificaciones consistieron en lo siguiente:

- Se elimina del artículo 23 del RLGSPSS el requisito establecido a los servicios cubiertos por el FPGC de contar con la certificación establecida en el artículo 77 Bis 30 de la Ley, que se refiere a que las instalaciones médicas deben contar con el certificado de necesidad, emitido por la Secretaría de Salud, y ser incluidas en el Plan Maestro de Infraestructura para poder recibir aportaciones de dicho fondo.
- Se modifica el artículo 24 del RLGSPSS para establecer que los requisitos de acreditación serán únicamente los definidos por la Secretaría de la Salud con base en la Ley, el Reglamento y el Manual de Acreditación.
- Se modifica el artículo 25 del RLGSPSS para disponer que el dictamen de acreditación será favorable si cumple con los requisitos que se señalan en el artículo 23 del RLGSPSS. Asimismo, se elimina que mediante la acreditación se busca minimizar los riesgos a la salud por condiciones inseguras en la operación de los mismos, así como corroborar condiciones fundamentales de gestión y resultados de calidad.
- Se reforma el artículo 26 del RLGSPSS con el propósito de mejorar la redacción y claridad respecto a la acreditación.
- Se adiciona el artículo 28 del RLGSPSS para brindarle facultades a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud referentes a establecer prioridades para la acreditación de prestadores de servicios de atención médica del Sistema y tendrá la capacidad de verificar el alcance de dicha acreditación y se le elimina la responsabilidad de revisar anualmente el cumplimiento de las condiciones en materia de acreditación en las que se encuentren los establecimientos incorporados al sistema.

Siguiendo lo establecido en el artículo 77 bis 9 de la Ley, el artículo 28 del RLGSPSS se modificó para establecer: los procedimientos para la obtención del dictamen de acreditación, requisitos de mejora continua para las unidades para

renovar la acreditación, plan de contingencia si el dictamen no es favorable, procedimiento de supervisión y suspensión de la acreditación, criterios mayores y las características de las cédulas de evaluación y el perfil técnico que tendrá el personal para realizar el proceso de acreditación y supervisión.

- Se adiciona el artículo 29 Bis del RLGSPSS para establecer sanciones por incumplimiento de la acreditación, por lo que la Secretaría suspenderá la acreditación al establecimiento prestador de servicios de atención médica.

### *2.3.3. Normatividad en materia de calidad de los servicios de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social*

El Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 18 de septiembre de 2006. Este Reglamento tiene por objeto organizar y administrar al IMSS, que por Ley ofrece un servicio público para garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar y otorgamiento de una pensión a sus derechohabientes.

El IMSS se integra por una Secretaría General y siete Direcciones Normativas, que son: a) Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones; b) Dirección de Finanzas; c) Dirección de Incorporación y Recaudación; d) Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico; e) Dirección Jurídica; f) Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales, y g) Dirección de Prestaciones Médicas.

La Dirección de Prestaciones Médicas, según el artículo 82, fracción XIII del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene la facultad de planear, dirigir y analizar en coordinación con los Órganos Normativos competentes,<sup>75</sup> la capacitación y el fomento de la cultura de la calidad relacionada con la prestación de los servicios médicos.

---

<sup>75</sup> Órganos Normativos: son las Direcciones Normativas a que se refiere el artículo 3, fracción II, del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como se refiere a las unidades y coordinaciones que de ellas dependan.

Por ello, el 30 de noviembre de 2006, se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el propósito de establecer las normas para la prestación de los servicios médicos a los derechohabientes y a los usuarios no derechohabientes, así como las relativas a la educación e investigación en salud.

Es así que para atención en el seguro de enfermedades y maternidad el artículo 43 del Reglamento en comento menciona que el personal de salud deberá, en todo momento, otorgar un trato digno y respetuoso al paciente, procurando un ejercicio clínico apegado a altos estándares de calidad, acordes al conocimiento científico vigente, proporcionándole al mismo o al familiar o representante legal, la información clara, oportuna y veraz sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, de tal forma que participe activamente en las decisiones que intervienen en su salud.

Los estándares de calidad del IMSS se apoyan de sistemas de información, indicadores y mecanismos que permitan evaluar la cobertura, la calidad, la oportunidad y el impacto de los programas de salud en la población bajo su responsabilidad.<sup>76</sup> Además, se contempla en el Reglamento en comento, la promoción de actividades educativas de formación y de actualización de su personal de salud.<sup>77</sup>

Lo anterior va de la mano con la promoción y participación del instituto en la investigación en salud como una herramienta para la generación de nuevos conocimientos, que ayude a mejorar la calidad de la atención, la formación y capacitación del personal de salud.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Véase en el artículo 48 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.

<sup>77</sup> Véase en el artículo 162 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.

<sup>78</sup> Véase en el artículo 165 del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006.

El IMSS, para llevar a cabo todo lo anterior, se apoya de normas que establecen disposiciones técnicas y manuales organizacionales de sus unidades y comités para la prestación de los servicios de salud. Por ejemplo, la Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar, Clave 2000-001-007, señala como sujetos de la norma a todo el personal de salud que interviene en la prestación de servicios de salud y define a la calidad y seguridad en la atención médica como un atributo que valora la capacidad técnico médica, donde interviene el personal de salud y la estructura de la unidad médica.<sup>79</sup>

Siguiendo con esta norma, se determina que las Unidades de Medicina Familiar deberán contar con un Comité Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente como órgano colegiado, asesor del Director de la Unidad. Dicho Comité considerará la evaluación de la calidad y seguridad en la atención médica, asimismo participará en el desarrollo de protocolos de mejora y en actividades de educación continua.

Finalmente, el IMSS cuenta con el Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios, por medio del cual se lleva a cabo la Encuesta Nacional de Satisfacción a Derechohabientes Usuarios de Servicios Médicos. Dicha encuesta se efectúa dos veces al año y cuenta con el acompañamiento de Transparencia Mexicana A.C., en el diseño metodológico, levantamiento, análisis y publicación de resultados.<sup>80</sup>

---

<sup>79</sup> Numerales 3, 5.6, Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar, Clave 2000-001-007. Págs. 3 y 5

<sup>80</sup> La última encuesta se realizó del 16 al 29 de julio de 2013 a 36,296 derechohabientes usuarios (20,340 en primer nivel, 10,840 en segundo nivel y 5,116 en tercer nivel). La satisfacción general con la atención médica en el IMSS fue que 78% de los derechohabientes usuarios están “Muy satisfechos” o “Satisfechos” con la atención médica recibida.



#### *2.3.4. Normatividad en materia de calidad de los servicios de salud en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*

El Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2008. El Estatuto tiene por objeto administrar los seguros de salud, prestaciones y servicios a que se refiere la Ley del ISSSTE.

El ISSSTE cuenta con los Órganos de Gobierno a que se refiere el artículo 209 de la Ley,<sup>81</sup> así como con las siguientes Unidades Administrativas Centrales: a) Secretaría General; b) Dirección Médica; c) Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales; d) Dirección de Finanzas; e) Dirección de Administración; f) Dirección Jurídica; g) Dirección de Delegaciones; h) Dirección de Tecnología y Desarrollo Institucional; y, i) Dirección de Comunicación Social.

La Dirección Médica entre sus funciones cuenta con la de planear, coordinar, normar y evaluar, con base en las políticas nacionales y sectoriales aplicables, el sistema institucional para el otorgamiento de los servicios médicos relacionados con el seguro de salud previsto en la Ley del ISSSTE.

Por tanto, el ISSSTE en 2009 establece el Modelo de Calidad de los servicios médicos, que promueve el uso de prácticas y metodologías que fomenten la estandarización en la forma de trabajar en las Unidades Médicas. Este modelo pretende equilibrar el enfoque entre procesos y resultados.

---

<sup>81</sup> I. La Junta Directiva; II. El Director General; III. La Comisión Ejecutiva del Fondo de la Vivienda; IV. La Comisión Ejecutiva del PENSIONISSSTE, y V. La Comisión de Vigilancia.

El Modelo de Calidad del ISSSTE maneja ocho criterios<sup>82</sup> que se dividen en subcriterios estructurados con los elementos de un ciclo de mejora: Diseño, Indicadores, Implantación, Medición, Análisis y Mejora Continua.

El ISSSTE con base en esta metodología intenta hacerle frente a los retos que presenta el seguro médico que ofrece. Inclusive, al igual que el IMSS, el instituto apuesta por el desarrollo de la investigación científica y formación de recursos humanos tendientes a la mejora en la calidad de los servicios de salud, siguiendo las directrices de la Secretaría de Salud.

Hasta aquí vimos cuales son las políticas públicas proyectadas para el periodo 2013-2018 con el Plan Nacional de Desarrollo. También, estudiamos la normatividad que se utiliza en las instituciones para garantizar la calidad de los servicios de salud que ofrecen. En el caso del IMSS y del ISSSTE observamos que ambos cuentan con normas que regulan la calidad en su instituciones, pero en el estudio realizado, no pudimos comprobar que hicieran referencia a las políticas nacionales en materia de calidad.

En el siguiente Capítulo veremos los medios de defensa que tiene los usuarios ante una mala práctica médica. Las opciones que tiene el usuario con extrajudiciales y judiciales, las primeras se refieren a la queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, las segundas a las vías civiles, penales y administrativas a que haya lugar.

---

<sup>82</sup> Criterios: 1. Satisfacción de los Usuarios, 2. Liderazgo, 3. Planeación, 4. Información y Conocimiento, 5. Personal, 6. Procesos, 7. Impacto en la Sociedad y 8. Valor Creado: Resultados

## Capítulo 3

### **3. Medios alternos para la solución de controversias entre usuarios y prestadores de servicios médicos**

Una de las relaciones más complicadas es la que se genera entre un paciente y el médico que lo trata por que se trata de un bien muypreciado como es la salud. Cuando hay una mala práctica por parte de éste tipo de profesionales origina en el paciente o en su familia enojo, frustración, angustia, molestia, estrés, entre otros sentimientos.

Ante ello, el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prevé el derecho a la salud y por ende la atención al paciente debe ser conforme al marco jurídico y la ciencia con humanismo para ejercer el menos daño posible, sin embargo en la práctica se pueden presentar diversos acontecimientos que pueden afectar la salud del paciente y la situación jurídica del médico puede cambiar considerablemente.

La ley es dura, pero es la ley, por tanto, el sistema de administración de justicia mexicano tienen la difícil tarea de brindar una solución a los conflictos que se puedan presentar. A nivel mundial y en México han aparecido diversos medios alternativos de solución de controversias (MASC), que son una opción más para los particulares para resolver sus diferencias.

En este Capítulo, estudiaremos la conciliación y el arbitraje médico, como un medio alternativo a la vía jurisdiccional para la solución de controversias entre ciudadanos y prestadores de servicios médicos. Por tanto, veremos cómo se conforma la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y analizaremos en qué consiste la conciliación y el arbitraje. Así como terminaremos analizando otros medios legales para la resolución de este tipo de conflictos.

### *3.1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico*

El lunes 3 de junio de 1996, se publicó en el Diario oficial de la Federación el DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que se encargaría de tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

La CONAMED, según el Decreto mencionado, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud,<sup>83</sup> con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, así como tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, ya sean estos las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como cualquier profesional de la salud que ejerza libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica.

Las principales atribuciones que le confiere su decreto de creación a la CONAMED son las de brindar orientación y asesoría especializada, recibir y atender las quejas de los usuarios, intervenir como conciliador, funge como árbitro y pronuncia los laudos en los casos que ante ella se presentan.<sup>84</sup>

Los actos procesales ante la CONAMED están señalados en el Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial. El procedimiento inicia con la inconformidad del paciente por recibir una posible atención médica, pública o privada, que les pudo ocasionar algún daño por mala práctica.

Después de haber realizado la asesoría especializada, la CONAMED procederá de la siguiente manera:

---

<sup>83</sup> La CONAMED se integrará por diez Consejeros y un Comisionado, dos Subcomisionados y las Unidades Administrativas que determina su reglamento. Tanto los Consejeros como el Comisionado son designados por el Titular del Ejecutivo Federal. El cargo de Consejero es honorífico, dura en su encargo cuatro años y son elegidos de acuerdo con su trayectoria profesional, de hecho, los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía serán invitados a participar como Consejeros.

<sup>84</sup> Véase en el Artículo 4 del DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

- a) Si el caso puede solucionarse mediante una gestión inmediata por tratarse de la situación de salud del paciente, la CONAMED tramita ante la institución médica la atención del usuario y se da por concluido el asunto.
- b) Si el caso no puede resolverse de manera inmediata, se documenta la queja para turnarla al área correspondiente donde se llevará a cabo la etapa conciliatoria.

Las quejas deberán presentarse ante la CONAMED de manera personal por el quejoso, o a través de persona autorizada para ello. En caso de que la queja se encontrara incompleta, imprecisa, oscura o ambigua, la CONAMED previene al quejoso por escrito para que éste aclare o complete los datos en un plazo no mayor de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que surta efectos la notificación. Sin embargo, si éste no desahogará la aclaración en el término señalado, se sobreseerá la queja.

Tal y como lo vimos en párrafos anteriores, algunos casos pueden ser resueltos por medio de una gestión inmediata y aquellos casos que no puedan solucionarse de esta manera son admitidos como quejas y se inicia su desahogo con la apertura de un expediente. Por tanto, a continuación estudiaremos la etapa conciliatoria en donde las partes pueden resolver la controversia estableciendo un convenio de conciliación, o bien, se tiene la opción por el modelo de arbitraje médico.

### *3.1.1 Conciliación*

Para la CONAMED, la conciliación consiste en admitir una controversia, por medio de la intervención de un tercero ajeno a ella que, con conocimiento de causa y sin prejuzgar, asume el papel de activo, a fin de proponer opciones a las partes para que resuelvan sus diferencias de común acuerdo.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Domínguez Morfin, Rafael, Arbitraje médico: análisis de 100 casos, México, JGH Editores, 2000. Pág. 10

En este orden de ideas, en la etapa de conciliación la CONAMED recibe la queja e integra el expediente, así como analiza la documentación aportada por el quejoso, tanto los hechos, pretensiones y pruebas, que servirán para llevar a cabo el proceso de conciliación.

Documentada la queja, la CONAMED convoca de manera personal, dentro de los diez días hábiles siguientes a su admisión, al prestador de servicios para asistir en el día y hora señalado a una diligencia explicativa donde se le informará sobre la naturaleza y alcances del proceso arbitral.

En oposición a lo anterior, si el prestador del servicio médico no acepta someterse al proceso arbitral, la CONAMED le solicitará un informe médico y el expediente clínico, que deberá ser entregado dentro de los diez días hábiles siguientes. Además, si éste se negara a entregar la documentación requerida, la CONAMED emitirá una opinión técnica cuando lo estime necesario y el usuario podrá ejercitar la acción legal en la vía y forma que considere pertinente.

Ahora bien, si el prestador de servicios médicos estableció su voluntad de someterse al arbitraje médico con base en la cláusula compromisoria, dispondrá de un término de nueve días hábiles para presentar un escrito que contendrá resumen clínico del caso y su contestación a la queja,<sup>86</sup> refiriéndose a todos y cada uno de los hechos, precisando, en su caso, sus propuestas de arreglo.

En el supuesto que el prestador del servicio no presentare su contestación y éste aceptó someterse al proceso arbitral en estricto derecho ó en conciencia, el proceso seguirá a la etapa decisoria,<sup>87</sup> donde se tomarán como presumiblemente ciertos los hechos de la queja, salvo prueba en contrario.

---

<sup>86</sup> En la contestación de la queja, el prestador de servicios deberá afirmar o negar los hechos que no le sean propios y acompañará la queja con la síntesis curricular, fotocopia de su título, cédula profesional o, en su caso, los comprobantes de especialidad, certificado del consejo de especialidad y la cédula correspondiente.

<sup>87</sup> La etapa decisoria concluye con la emisión del laudo una vez que se ofrecieron y desahogaron las pruebas aportadas y se reciban los alegatos finales de las partes (CONAMED, 2006).

Ya en la audiencia de conciliación, las partes tratarán de resolver la controversia en forma autocompositiva.<sup>88</sup> Habiendo un arreglo, las partes redactaran un convenio donde se señalaran las contraprestaciones que se pacten, las cuales no deberán ser por ningún motivo contrarios a derecho y con ello se concluye la atención en la CONAMED.

Luego entonces ante la inasistencia injustificada de cualquiera de las partes a la audiencia conciliatoria, correrá un plazo de cinco días hábiles para que la parte que no se hubiere presentado justifique su inasistencia, si no se acordará como asunto concluido y se remite el expediente al archivo.

La controversia se podrá resolver en la etapa conciliatoria por voluntad de las partes mediante la transacción, desistimiento de la acción o finiquito correspondientes, por medio de la celebración de un contrato o convenio. En caso de que las partes hayan optado someterse al arbitraje, el Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED, establece las clases de arbitraje que veremos a continuación.

### *3.1.2 Arbitraje en estricto derecho y en conciencia*

El proceso arbitral es el conjunto de actos procesales y procedimientos que se inicia con la presentación y admisión de una queja y termina por alguna de las causas establecidas en el Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la CONAMED. Este ordenamiento establece dos clases de arbitraje, uno es arbitraje en estricto derecho y el otro es el arbitraje en conciencia.

Por un lado, el arbitraje en estricto derecho tiene por objeto resolver la controversia entre usuario y un prestador de servicio médico según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes. Por otro lado, el arbitraje en conciencia,

---

<sup>88</sup> Autocomposición: es el acuerdo donde las partes en un conflicto lo resuelven de manera privada sin la intervención judicial con la celebración de un convenio de conciliación.

resuelve la controversia entre un usuario y un prestador de servicio médico, con base en la equidad, los principios científicos y éticos de la práctica médica.

Las audiencias serán privadas y sólo participarán en ellas las personas que legítimamente hayan de intervenir. Al finalizar dicha audiencia se levantará un acta que será firmada por todos los que intervengan previa lectura de la misma.

Las partes podrán presentar las pruebas dentro del término pactado, las cuales deberán ser desahogadas en la audiencia correspondiente. En ella, los peritos podrán ampliar su dictamen de manera verbal y podrán ser interrogados. Al concluir el desahogo de las pruebas, se emiten los alegatos, primero los del quejoso y después del prestador de los servicios médicos, y con ello se realiza el cierre de la instrucción para pasar al laudo que explicaremos a continuación.

### *3.1.3 Laudo*

El laudo es el pronunciamiento por medio del cual la CONAMED resuelve, en estricto derecho o en conciencia, las cuestiones sometidas a su conocimiento por las partes.<sup>89</sup> Los laudos son emitidos por el Comisionado Nacional, el Subcomisionado Médico, el Director General de Arbitraje, o por el Presidente de la Sala de Arbitraje en que se desahogue el juicio arbitral.

El laudo no podrá modificarse después de firmado, pero sí se podrá aclarar algún concepto o suplir cualquier deficiencia. La parte interesada podrá solicitar la aclaración de algún concepto o la suplencia de cualquier deficiencia dentro de los tres días hábiles siguientes al de la notificación de la resolución o a instancia de parte presentada dentro del plazo pactado en el compromiso arbitral con base en el Artículo 89 del Reglamento en comento.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Artículo 2, fracción IX del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

<sup>90</sup> La CONAMED tiene la facultad de resolver la procedencia de la aclaración del laudo, dentro de los cinco días hábiles siguientes de la presentación de la solicitud.



El laudo debe de contener lo siguiente:

- Lugar, fecha y responsables de su emisión
- Los nombres de las partes contendientes y el carácter con que concurrieron al procedimiento
- El objeto de la controversia.
- Señalar el pago de daños y perjuicios, según sea el caso.

Finalmente, los laudos que emite la CONAMED resuelven cuestiones exclusivamente civiles, por tratarse de asuntos derivados de la responsabilidad profesional. Las transacciones y los laudos se considerarán como sentencias con base en la legislación procesal civil en vigor y por ende se tiene la presunción de que éstos se pronunciaron legalmente apegados a derecho.<sup>91</sup>

Según el último informe de labores de la CONAMED, el número de quejas concluidas por modalidad en Arbitraje en 2012 contabilizó un total de 91 laudos, 44 Absolutorios (Sin evidencia de mala práctica), 1 Absolutorio con evidencia de mala práctica y no vinculatorio y 46 Condenatorios (Evidencia de mala práctica). La especialidad con más laudos condenatorios fue la de Ortopedia y traumatología con 23 laudos, 11 de ellos con evidencia de mala práctica.<sup>92</sup>

### *3.2 Otros medios legales para la solución de controversias*

En los numerales anteriores estudiamos el Modelo Arbitral Médico que se lleva a cabo ante la CONAMED, sin embargo, en el sistema jurídico mexicano podemos encontrar diversos medios legales para la solución de controversias derivadas de la relación médico-paciente.

---

<sup>91</sup> Los laudos deben dictarse y mandarse notificar dentro de los treinta días siguientes a aquel en que se hubiere hecho la citación para laudo, pero si el expediente es voluminoso, la CONAMED podrá disfrutar de un término ampliado de treinta días más.

<sup>92</sup> Primer Informe de Gobierno, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012. Pág. 32 y 33.

A continuación explicaremos de manera general las vías legales mediante las cuales los pacientes inconformes pueden hacer valer sus pretensiones ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las autoridades jurisdiccionales correspondientes.

### *3.2.1 Comisión Nacional de Derechos Humanos*

El Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley General de Salud establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la delimitación de competencias en materia de salubridad general entre la Federación y los estados. Por tanto, el Estado mexicano tiene la obligación de brindar servicios de salud oportunos y de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios.

Cuando se vulnera el derecho a la salud se puede denunciar esa presunta violación ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que es un organismo que cuenta con autonomía de gestión y presupuestaria, personalidad jurídica y patrimonio propios, y tiene por objeto esencial la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos que ampara el orden jurídico mexicano.<sup>93</sup>

Las quejas de los usuarios de los servicios de salud ante la CNDH derivan de casos relacionadas con la atención médica, en las que se presuman violaciones a los derechos humanos e irregularidades por negligencia o impericia médica. La CNDH deberá contar con los elementos que permitan acreditar violaciones al derecho a la protección de la salud y a la vida, según sea el caso.

En este sentido, cualquier persona podrá denunciar ante la CNDH dentro del plazo de un año, directamente o por medio de representante, presuntas violaciones a los derechos humanos.<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Artículo 2 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

<sup>94</sup> El plazo a que se hace mención se computará en días naturales pero tratándose de infracciones graves a los

La queja deberá presentarse de forma oral, por escrito o por lenguaje de señas mexicanas y podrá formularse por cualquier medio de comunicación eléctrica, electrónica o telefónica y a través de mecanismos accesibles para personas con discapacidad. En ningún caso, la queja será anónima, pues ésta tendrá que ratificarse dentro de los tres días siguientes a su presentación, si el quejoso no se identifica y la suscribe en un primer momento.<sup>95</sup>

Una vez admitida la queja, la Dirección General de Quejas y Orientación la turnará de inmediato a la visitaduría general correspondiente para los efectos de su calificación, en caso de ser procedente, le será asignado un número de expediente y se le notificará dicha admisión al quejoso.<sup>96</sup>

El Director General de Visitaduría suscribirá un acuerdo donde le dará una calificación a la queja, que podrá ser:

- i. Presunta violación a derechos humanos;
- ii. Orientación directa;
- iii. Remisión;
- iv. No competencia de la Comisión Nacional para conocer del escrito de queja;
- v. No competencia de la Comisión Nacional con la necesidad de realizar orientación jurídica, cuando no se desprenda hecho presuntamente violatorio y el quejoso pueda ser canalizado ante una autoridad o dependencia pública, y
- vi. Pendiente, cuando el escrito de queja no reúna los requisitos legales o reglamentarios, o sea confuso, y la omisión pueda ser subsanada.

---

derechos humanos, la CNDH podrá ampliar dicho plazo mediante una resolución razonada, máxime, no contará plazo alguno cuando ocurran hechos que por su gravedad puedan ser considerados violaciones de lesa humanidad.

<sup>95</sup> Artículo 27 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

<sup>96</sup> Artículo 90 del Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Una vez admitida la instancia, deberá ponerse en conocimiento de las autoridades señaladas como responsables, quienes rendirán un informe sobre los actos, omisiones o resoluciones que se les atribuyan en la queja, el cual deberán presentar dentro de un plazo máximo de quince días naturales, que en casos considerados por la CNDH podrá ser reducido.<sup>97</sup>

El informe de la autoridad presuntamente responsable deberá hacer constar los antecedentes del asunto, los fundamentos y motivaciones de los actos u omisiones impugnados. La falta de dicho informe o el retraso injustificado en su presentación, se tendrán como ciertos los hechos materia de la misma, salvo prueba en contrario.

Ahora bien, el Artículo 36 de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos establece que desde que se admita la queja, el personal de la CNDH se pondrá en contacto inmediato con la autoridad señalada como responsable de la presunta violación de derechos humanos con el propósito de llegar a una conciliación entre los intereses de las partes involucradas.

El Visitador General presentará por escrito a la autoridad o servidor público responsable la propuesta de conciliación, quien dispondrá de un plazo de quince días para responder dicha propuesta, también por escrito, y enviar, en su caso, las pruebas correspondientes.

Por un lado, si acepta la propuesta de conciliación, el responsable tendrá noventa días para cumplir totalmente el acuerdo, pero si no lo hubiera cumplido totalmente, el quejoso podrá instar a la CNDH para que, en su caso, se resuelva sobre la reapertura del expediente y se determinen las acciones que correspondan.

Por otro lado, si la autoridad o servidor público no responde ó no acepta la propuesta de conciliación formulada por la CNDH, se prepara el proyecto de recomendación respectivo.

---

<sup>97</sup> Artículo 34 de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

La CNDH podrá dictar acuerdos de trámite o recomendaciones. Los primeros serán obligatorios para las autoridades y servidores públicos para que comparezcan o aporten información o documentación. Los segundos son documentos públicos que no tienen carácter imperativo para la autoridad o servidor público a los cuales se dirige y sólo sirven para determinar si éstos han violado o no los derechos humanos de los quejosos.

En este supuesto, el 23 de abril de 2009, la CNDH emitió la Recomendación General N. 15 Sobre el derecho a la protección de la salud, dirigida a los Secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadores de las Entidades Federativas; Jefe de Gobierno del Distrito Federal, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos, con el propósito de recomendar cambios a la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud.<sup>98</sup>

Una vez recibida la recomendación por la autoridad o servidor público de que se trate, tendrá quince días hábiles para informar si la acepta; quienes cuentan con otros quince días adicionales, para aportar las pruebas correspondientes de cumplimiento de la recomendación.

Por el contrario, si las recomendaciones emitidas no son aceptadas o cumplidas por la autoridad o servidor público de que se trate, se procederá conforme a lo siguiente:

- La autoridad o servidor público de que se trate deberá fundar, motivar y hacer pública su negativa, y atender los llamados de la Cámara de Senadores o en sus recesos la Comisión Permanente, a comparecer ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

---

<sup>98</sup> La CNDH, según el artículo 6, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, tiene facultades para emitir recomendaciones generales a las diversas autoridades del país para que en el ámbito de su competencia, promuevan los cambios y modificaciones de disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas administrativas, que ayuden a mejorar la protección de los derechos humanos.

- Las autoridades o servidores públicos, a quienes se les hubiese notificado la insuficiencia de la fundamentación y motivación de la negativa, informarán dentro de los quince días hábiles siguientes a la notificación del escrito referido en el inciso que antecede, si persisten o no en la posición de no aceptar o no cumplir la recomendación.
- Si persiste la negativa, la Comisión Nacional podrá denunciar ante el Ministerio Público o la autoridad administrativa que corresponda a los servidores públicos señalados en la recomendación como responsables.

### 3.2.2 *Vía Civil*

Todos los profesionistas serán civilmente responsables de las contravenciones que cometan en el desempeño de trabajos profesionales.<sup>99</sup> Esto no exime a los prestadores de servicios médicos que deberán contar con títulos profesionales o certificados de especialización que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.<sup>100</sup>

La responsabilidad civil de los prestadores de servicios médicos se origina por negligencia, impericia o dolo. Esto puede ocasionar un daño ya sea de tipo patrimonial o moral, pues por un lado se presume que existe una pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de una obligación, por el otro lado se presume la afectación que sufre la persona a sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, etc. Por ende, los prestadores de servicios médicos serán responsable de los daños y perjuicios por el sólo hecho de contravenir una obligación.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Artículo 71 de la Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal

<sup>100</sup> Artículo 79 de la Ley General de Salud.

<sup>101</sup> Artículos 1916, 2104, 2108 y 2615 del Código Civil para el Distrito Federal

Por tanto, el Código Civil para el Distrito Federal estipula un plazo de dos años para que prescriba la acción de exigir la reparación de los daños causados por actos ilícitos que no constituyan delitos, contados a partir del día que se hayan causado.<sup>102</sup>

Ahora bien, todo aquel paciente podrá iniciar un procedimiento judicial civil ante un tribunal competente para que ésta declare o constituya un derecho o imponga una condena relacionada con la atención médica recibida por el profesional de la salud.

Para el presente estudio observaremos el juicio ordinario civil establecido en el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal,<sup>103</sup> que se conforma de varias etapas relacionadas entre sí. El Juzgador valorará las actuaciones y las pruebas de las partes con la finalidad de emitir una sentencia definitiva conforme a derecho que brinde una solución a la litis.

El juicio ordinario civil inicia con la demanda que deberá expresar: el tribunal ante el que se promueve, nombre y firma de quien demanda, y su domicilio para oír y recibir notificaciones; nombre del demandado y su domicilio, pretensiones que se reclaman y los hechos en los que se funda; así como los preceptos legales aplicables en los que se fundamenta el derecho.

Presentada la demanda con los documentos y copias correspondientes, la autoridad judicial correrá traslado de ella al demandado y se le emplazará para que la conteste dentro de quince días siguientes a que surta efectos la notificación.

El demandado formulará la contestación a la demanda y en ella deberá señalar: el tribunal ante el cual se presenta, el nombre y firma de quien la ofrece, el domicilio y, en su caso, el nombre de las personas autorizadas para oír y recibir notificaciones; se referirá a cada uno de los hechos en que el actor funde su petición y precisará los documentos públicos o

---

<sup>102</sup> Artículo 1161, fracción V, del Código Civil para el Distrito Federal.

<sup>103</sup> Artículo 255 al 277 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

privados que tengan relación con cada con cada hecho, así como si los tiene o no a su disposición; señalar todas las excepciones cualquiera que sea su naturaleza.

Si en el escrito de contestación el demandado no se refiere a cada uno de los hechos aludidos por el actor, confesándolos o negándolos y expresando los que ignore por no ser propios, se tendrán por fictamente confesados por dicho demandado, y esta confesión ficta se podrá tomar en consideración en cualquier estado del juicio y aún en la sentencia definitiva.<sup>104</sup>

Si transcurrido el plazo fijado en el emplazamiento, el demandado no contesta la demanda, el juez de conocimiento hará la declaración de rebeldía.<sup>105</sup> Pero si el demandado contesta la demanda,<sup>106</sup> el Juez señalará de inmediato fecha y hora para la celebración de una audiencia previa y de conciliación dentro de los diez días siguientes, dando vista a la parte que corresponda con las excepciones que se hubieren opuesto en su contra, por el término de tres días.

Si asistieran las dos partes, el juez examinará las cuestiones relativas a la legitimación procesal y luego se procederá a procurar la conciliación que estará a cargo del conciliador adscrito al juzgado. El conciliador preparará y propondrá a las partes, alternativas de solución al litigio. Si los interesados llegan a un convenio, el juez lo aprobará de plano si procede legalmente y dicho pacto tendrá fuerza de cosa juzgada, en cambio, si las partes no llegaran a un acuerdo en la citada audiencia, se continuará con el procedimiento.

En la etapa de ofrecimiento y desahogo de pruebas las partes deberán aportar los elementos que justifiquen los hechos constitutivos de sus pretensiones o negando los presentados por la contraparte. El tribunal que conozca del asunto debe recibir las pruebas que le presenten las partes permitidas por la ley y se refieran a los hechos relacionados con la litis.

---

<sup>104</sup> Artículo 272-A del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

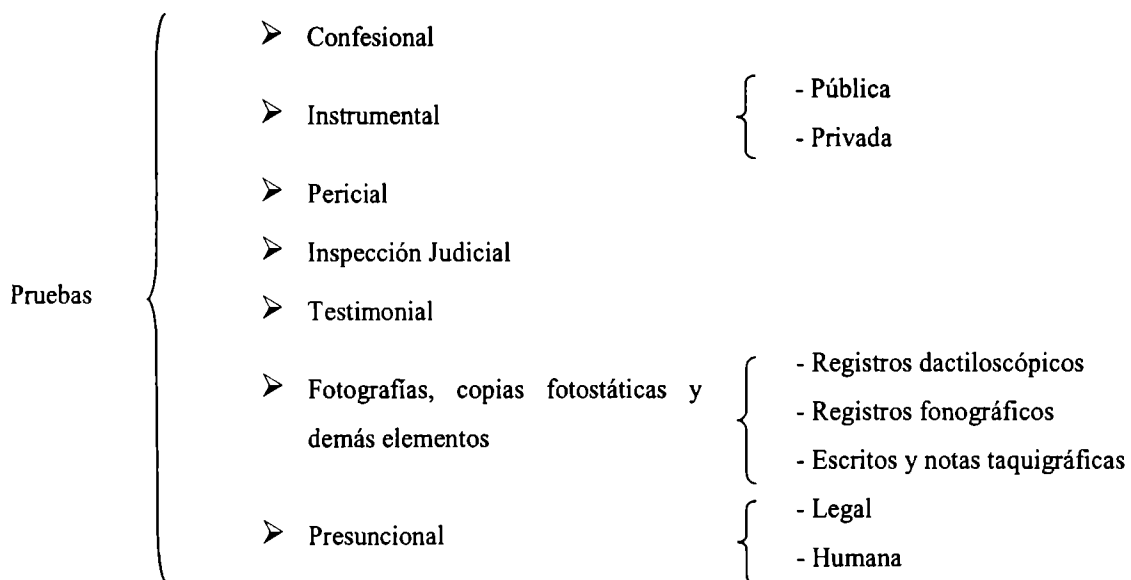
<sup>105</sup> Artículo 271 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

<sup>106</sup> El demandado en la contestación de su demanda puede allanarse a todas y cada una de las pretensiones del actor, esto es, el demandado ya no opone resistencia a las pretensiones del actor que manifiesta su conformidad con la contestación de la demanda, por lo que el Juez citará para sentencia.



Para el ofrecimiento de pruebas, las partes tendrán un período de 10 días comunes, que empezarán a contarse desde el día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación a todas las partes del auto que manda abrir la etapa de pruebas. Como lo mencionamos anteriormente, las pruebas ofrecidas deberán expresar con toda claridad cuál es el hecho que se tratan de demostrar con las mismas, así como las razones por los que el oferente estima que demostrarán sus afirmaciones.<sup>107</sup>

El Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal considera los medios de prueba siguientes:



**Diagrama N.1 Elaborado por el autor**

Al día siguiente en que termine el período del ofrecimiento de pruebas, el juez debe dictar un auto en que determine las pruebas que se admitan sobre cada hecho, pudiendo limitar el número de testigos. Además, el juez no admitirá pruebas extemporáneas o que sean contrarias al derecho o la moral.

<sup>107</sup> Artículo 291 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

El Juez, al admitir las pruebas ofrecidas, procederá a la recepción y desahogo de las mismas en forma oral en una audiencia a la que asistirán las partes dentro de los treinta días siguientes y quedará asentado en el auto de admisión donde se señalará el día y la hora para su celebración.

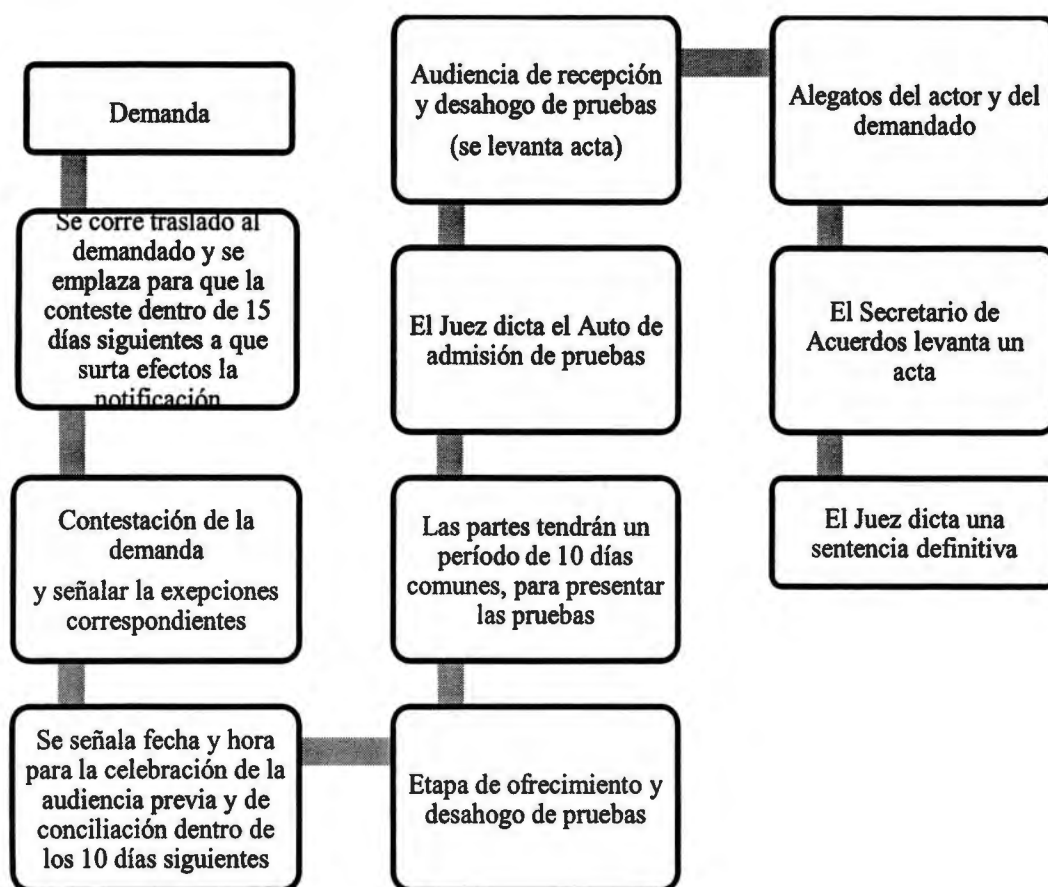
La audiencia se celebrará con las pruebas que estén preparadas y se señalará en el acta correspondiente el día y hora para recibir las pendientes dentro de los veinte días siguientes, sin embargo la audiencia no podrá diferirse nuevamente, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Concluida la recepción de las pruebas, el tribunal exhortará a las partes para que aleguen, primero el actor y luego el demandado, así como, en su caso, el Ministerio Público en los casos en que intervenga.

El secretario del juzgado, levantará acta desde que principio hasta que concluya la diligencia, haciendo constar el día, lugar y hora, la autoridad judicial ante quien se celebra, los nombres de las partes y abogados, peritos, testigos, intérpretes, el nombre de las partes que no concurrieron, las decisiones judiciales sobre legitimación procesal, competencia, cosa juzgada e incidentes, declaraciones de las partes y testigos con base en los artículos 389 y 392 del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

Valoradas todas las pruebas por el juzgador, se dictará una sentencia definitiva que resuelva el fondo del litigio. En el supuesto que el Juez imponga al prestador de servicios médicos la reparación del daño causado al paciente, éste deberá observar lo dispuesto en el artículo 493 de la Ley Federal del Trabajo. Tratándose de muerte del paciente, la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima. Por último, la indemnización por el daño moral, se tomará en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y la de la víctima, así como demás circunstancias del caso.

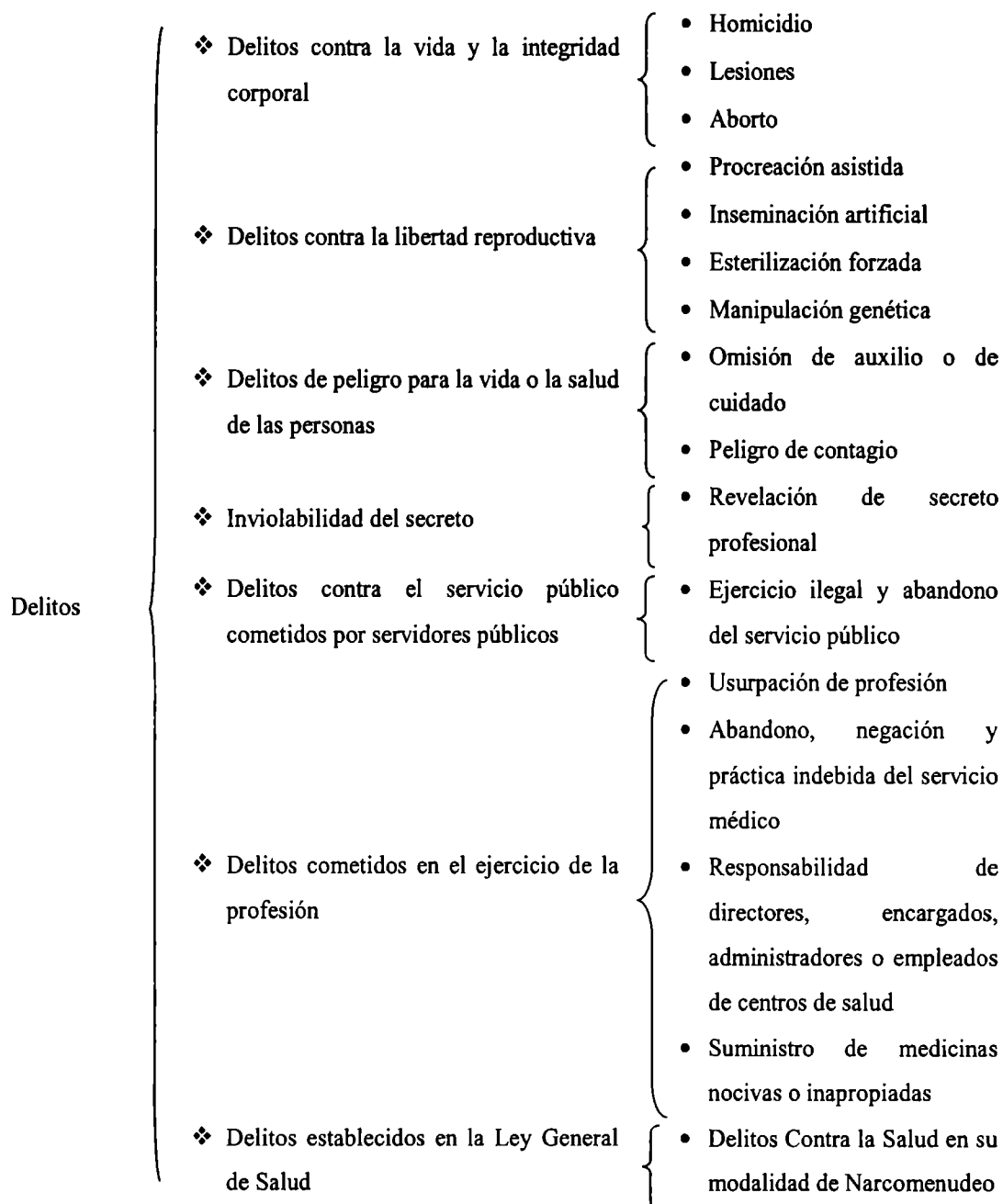
En resumen, se presenta un cuadro que explica las etapas del juicio ordinario civil comentado a saber:



### 3.2.3 Vía Penal

La responsabilidad penal del médico deviene por llevar a cabo una acción u omisión expresamente prevista como delito, ya sea de manera dolosa o culposa que lesione o ponga en peligro, sin causa justa, al bien jurídico tutelado por la ley penal.

Los delitos establecidos en la ley penal en los que pueden incurrir los profesionistas médicos son:



**Diagrama N. 2 Elaborado por el autor**

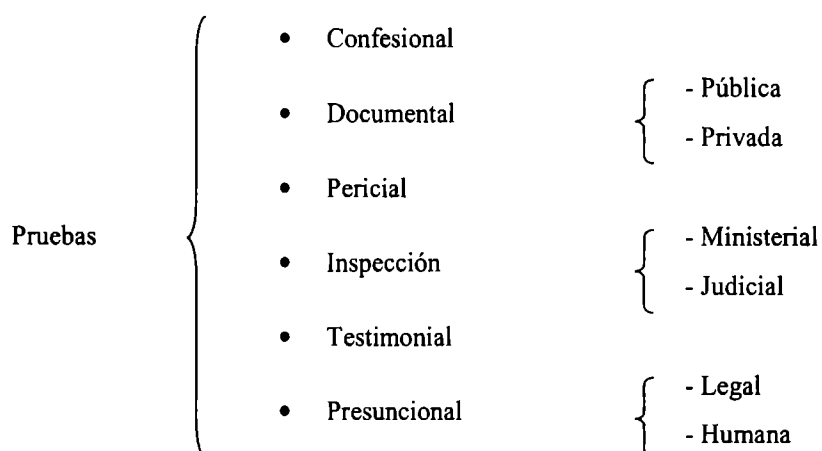
En este sentido, los profesionistas médicos son responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, por tanto, la pena o medida de seguridad será establecida al médico por medio de resolución dictada por la autoridad judicial competente.<sup>108</sup>

<sup>108</sup> La pena puede ser la privación de la libertad por determinado tiempo, la suspensión temporal o definitiva del ejercicio profesional según lo dictado por un juez penal.

Para efectos del presente estudio, se tomará el procedimiento señalado en el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.<sup>109</sup> Este procedimiento inicia con la determinación del juez de dictar el auto de formal prisión o la sujeción a proceso del indiciado, por tanto, la decisión se dictará dentro del plazo de 72 horas, a partir de que el indiciado sea puesto a disposición de la autoridad judicial.

Con el auto de formal prisión, el juez ordenará poner el proceso a la vista de las partes (indiciado, ofendido, Ministerio Público) para que propongan, dentro de quince días contados desde el siguiente a la notificación de dicho auto, las pruebas que estimen pertinentes, las cuales se desahogarán en los quince días posteriores.<sup>110</sup>

Las pruebas que se pueden presentar son las siguientes:



**Diagrama N. 3 Elaborado por el autor**

Cada una de las partes tendrá derecho a nombrar hasta dos peritos para que emitan su opinión. Los peritos que acepten el cargo tienen obligación de presentarse ante el juez para que les tome la protesta legal.<sup>111</sup>

<sup>109</sup> Artículos 313 a 331 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

<sup>110</sup> Si en la etapa de desahogo de pruebas aparecen nuevas, el juez podrá señalar otro plazo de tres días para aportarlas, las cuales se desahogarán dentro de los cinco días siguientes. Todo se asentará en autos dictados por el juez para el cómputo de los días.

<sup>111</sup> Artículo 164 a 182 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

En el supuesto que se trate de lesión proveniente de delito y la persona lesiona encuentre en algún hospital público, los médicos de éste se tendrán por nombrados, sin perjuicio de que el juez nombre otros.<sup>112</sup> Pero tratándose de personas que hayan fallecido en un hospital público, la autopsia de los cadáveres las practicarán los médicos de éste, salvo el juez disponga que la realicen otros como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, que podrá elaborar los peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas procuración e impartición de justicia.<sup>113</sup>

Cerrada la instrucción, el Juez dictará una resolución y la notificará personalmente a las partes. Acto seguido, el tribunal pondrá el expediente a la vista del Ministerio Público y de la defensa, durante cinco días por cada uno, para la formulación de conclusiones.<sup>114</sup>

Transcurrido el plazo mencionado y el Ministerio Público no presenta conclusiones, el juez deberá informar al Procurador General de Justicia del Distrito Federal acerca de esta omisión, para que dicha autoridad formule u ordene la formulación de las conclusiones en un plazo de diez días hábiles, contados desde la fecha en que se le haya notificado la omisión.<sup>115</sup>

Pero si transcurren los plazos establecidos en el artículo 315 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, sin que se formulen las conclusiones, el juez tendrá por formuladas conclusiones de no acusación y el procesado será puesto en inmediata libertad y se sobreseerá el proceso de acuerdo con lo que establece el artículo 660, fracción I, del Código en comento.

---

<sup>112</sup> Artículo 165 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

<sup>113</sup> Artículo 94 del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

<sup>114</sup> Según el Artículo 315 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal, si el expediente excediera de doscientas fojas, por cada cien de exceso o fracción, se aumentará un día al plazo señalado, sin que nunca sea mayor de treinta días hábiles.

<sup>115</sup> Ídem. Artículo 315.

Cuando el Ministerio Público formule sus conclusiones hará por escrito una exposición sucinta y metódica de los hechos conducentes y punibles que se atribuyan al acusado, citando los elementos de prueba relativos a la comprobación del delito y la responsabilidad penal, solicitando la aplicación de las sanciones correspondientes, incluyendo la reparación del daño con cita de las leyes, ejecutorias o doctrinas aplicables.

La exposición de las conclusiones de la defensa no se sujetará a regla alguna, pero si aquella no presenta conclusiones en el plazo que establece el artículo 315 del Código citado, se tendrán como formuladas de inculpabilidad y se impondrá a los defensores una multa hasta de cien veces el salario mínimo vigente en el Distrito Federal o un arresto hasta de treinta y seis horas.<sup>116</sup>

Pero exhibidas las conclusiones de la defensa, el Juez fijará día y hora para la celebración de la vista, que se llevará a cabo dentro de los cinco días siguientes. En esta audiencia podrán recibirse las pruebas que legalmente puedan presentarse, se dará lectura de las constancias que las partes señalen y de oirán los alegatos de las mismas, por lo que el juez declarará visto el proceso.<sup>117</sup>

La sentencia se pronunciará dentro de los quince días siguientes a la vista. Si el expediente excediera de doscientas fojas, por cada cien de exceso o fracción, se aumentará un día más al plazo señalado, sin que nunca sea mayor de treinta días hábiles.<sup>118</sup>

---

<sup>116</sup> Artículo 318 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

<sup>117</sup> Artículos 326 y 328 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

<sup>118</sup> Artículos 329 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

### *3.2.4 Vía Administrativa*

El Artículo 108 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, dispone que los servidores públicos son aquellas personas que desempeñen un empleo cargo o comisión en el Congreso de la Unión, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal o en la Administración Pública Federal o en el Distrito Federal, así como a los servidores públicos de los organismos a los que esta Constitución otorgue autonomía.

En virtud de los anterior, podemos decir que los profesionales, técnicos o auxiliares de la salud son considerados servidores públicos al proporcionar servicios de atención médica en los sectores público y de seguridad social, por tanto, son sujetos de responsabilidad administrativa.

El procedimiento administrativo inicia con la presentación, ante el órgano interno de control de la dependencia y entidades de la Administración Pública Federal, de una queja o denuncia a cargo del interesado. Las quejas o denuncias deberán contener datos o indicios que permitan advertir la presunta responsabilidad del servidor público.

El órgano interno de control de la Secretaría de Salud, los órganos de control interno del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, según sea el caso, citará al presunto responsable a una audiencia, notificándole de manera persona que deberá comparecer en el lugar, día y hora señalado para que rinda su declaración en torno a los hechos que se le imputen y que puedan ser causa de responsabilidad en los términos de la Ley, y demás disposiciones aplicables.

El Órgano Interno de Control (OIC) que conozca del caso deberá prever que entre la fecha de la citación y la de la audiencia deberá mediar un plazo no menor de cinco ni mayor de quince días hábiles. Además, durante este tiempo el OIC podrá determinar la suspensión temporal de su empleo, cargo o comisión, según la investigación.



Concluida la audiencia, se concederá al presunto responsable un plazo de cinco días hábiles para que ofrezca los elementos de prueba que estime pertinentes y que tengan relación con los hechos que se le atribuyen.

El órgano interno de control desahogará las pruebas que fueren admitidas y dictará una resolución dentro de los cuarenta y cinco días hábiles siguientes. El OIC podrá practicar todas las diligencias tendientes a investigar la presunta responsabilidad del servidor público denunciado, así como requerir a éste y a las dependencias o entidades involucradas la información y documentación que se relacione con la presunta responsabilidad, estando obligadas éstas a proporcionarlas de manera oportuna.

Se levantará acta circunstanciada de todas las diligencias que se practiquen, teniendo la obligación de suscribirla quienes intervengan en ella, si se negaren a hacerlo se asentará dicha circunstancia en el acta.

En este sentido, la resolución deberá ser por escrito y determinará la inexistencia de responsabilidad o impondrá al infractor las sanciones administrativas correspondientes y se le notificará lo anterior al servidor público en un plazo no mayor de diez días hábiles.

Los servidores públicos que incurran en responsabilidad por incumplimiento de sus obligaciones previstas en la ley de la materia, podrán ser acreedores, según el artículo a las siguientes sanciones:

- i. Amonestación privada o pública;
- ii. Suspensión del empleo, cargo o comisión por un período no menor de tres días ni mayor a un año;
- iii. Destitución del puesto;
- iv. Sanción económica, e
- v. Inhabilitación temporal

Se notificará en un plazo no mayor de diez días hábiles al jefe inmediato o al titular de la dependencia o entidad, según corresponda, sobre la resolución para los efectos de su ejecución. Dicho plazo, por única vez, podrá ampliarse hasta por cuarenta y cinco días hábiles, cuando exista causa justificada a juicio de las propias autoridades.

Los servidores públicos que resulten responsables en los términos de las resoluciones administrativas que se dicten conforme a lo dispuesto por la Ley, podrán optar entre interponer el recurso de revocación o impugnarlas directamente ante el Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.

A manera de conclusión, la responsabilidad penal no excluye a la civil y viceversa, así como ambas no excluyen la responsabilidad laboral y tampoco la administrativa cuando se trata de un servidor público, pudiéndose encontrar el prestador de servicios de salud en una o en todas las situaciones posibles, en forma separada o inclusive simultánea.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Ambrosio Morales, María Teresa et al., La responsabilidad del médico como servidor público en México, Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Serie Doctrina jurídica N. 404, 2007. Pág. 497

## Capítulo 4

### **4. Proyecto de reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar la calidad de los servicios de salud.**

En primer lugar tomaremos como ejemplo el caso de la reforma del Artículo 3º Constitucional, que establece la obligación del Estado de ofrecer una educación de calidad, por medio de un sistema profesional docente y mecanismos de evaluación que permitan conocer el desempeño y resultados del Sistema Educativo Nacional.

En segundo lugar desarrollaremos nuestro proyecto de reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para garantizar la calidad de los servicios de salud en México y daremos las razones para mejorarlos.

Para ello, analizaremos los principios y el derecho a la salud que es parte de los derechos económicos, sociales y culturales, donde el Estado de Derecho se vuelve un Estado Social de Derecho. Lo anterior lo fundamentaremos con todos y cada uno de los preceptos jurídicos que consideremos aplicables.

En tercer lugar, analizaremos el artículo 7 de la Ley General de Salud y su necesidad de reformarlo para otorgar rectoría a la Secretaría de Salud para coordinar las políticas públicas nacionales en materia de calidad. También expondremos la necesidad de crear un ente autónomo constitucional encargado de la evaluación de calidad, desempeño y resultados del Sistema Nacional de Salud.

En cuarto lugar, definiremos los mecanismos que apoyaran a sustentar nuestra propuesta, esto es, comentaremos sobre las tareas que deberán ejercer el Consejo de Salubridad General, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

#### *4.1 El caso de la calidad en la reforma al Artículo 3 Constitucional*

El 26 de febrero de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el decreto mediante el cual se reformó el artículo 3º y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En dicho decreto se establece la obligación del Estado para garantizar la calidad en la educación por medio del mejoramiento constante, la implantación del servicio profesional docente, la creación del Sistema Nacional de Evaluación Educativa y otorgando autonomía al Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación para evaluar la calidad, el desempeño y resultados del sistema educativo nacional en la educación preescolar, primaria, secundaria y media superior.<sup>120</sup>

Cabe mencionar que el Artículo 3º suma nueve reformas, la primera refería a que la educación impartida por el Estado sería de carácter socialista (D.O.F. 13-12-1934), la segunda establecería que la educación sería democrática (D.O.F. 30-12-1946), la tercera otorgaría la autonomía universitaria (D.O.F. 09-06-1980), la cuarta permitiría a los particulares impartir educación apegados a los criterios establecidos en la Constitución (D.O.F. 28-01-1992), la quinta precisaría las obligaciones de Estado y exhortaría a los menores de 15 años a concurrir a las escuelas públicas o privadas (D.O.F. 05-03-1993), la sexta determinó que los grados de preescolar, primaria y secundaria conformarían la educación básica obligatoria (D.O.F. 12-11-2002), la séptima reconocería el respeto a los derechos humanos (D.O.F. 10-06-2011), la octava contemplaría a la educación media superior como obligatoria (D.O.F. 09-02-2012) y la novena es la que comentamos en el primer párrafo de este apartado.

La reforma que nos ocupa reconoce la obligación del Estado de proporcionar educación de calidad. Lo anterior derivó de la necesidad por tener servicios educativos a la altura de los requerimientos actuales que la sociedad demanda. El Dr. José Ramón Cossío Díaz, Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación comenta que al introducir la garantía de

---

<sup>120</sup> El artículo 73, fracción XXV, de la Constitución, fue reformado para otorgar facultades al Congreso para establecer el Servicio Profesional docente.

calidad educativa de carácter obligatorio se imponen cargas materiales nuevas a la autoridad,<sup>121</sup> esto es, quedan obligados todos los poderes públicos, órganos de gobierno, instituciones, maestros y por ende el sindicato.

Como lo vimos al principio de este trabajo, la calidad es el juicio de valor que satisface las necesidades del cliente o cumple con los requisitos de éste. En este sentido, una interpretación del imperativo “calidad” en la educación sería que persigue los fines del desarrollo y la satisfacción del educando.

El Dr. Cossío menciona que las personas tienen un derecho a la educación y ésta debe ser de calidad, en lo subsecuente lo pueden exigir mediante distintas instancias jurídicas para que a ellos o a sus hijos se les otorgue educación de calidad.<sup>122</sup>

Siguiendo esta idea, podíamos pensar que antes de la reforma en México no existía educación con calidad y que sonaría hasta obvio hablar de este término, pero viéndolo desde otra perspectiva se considera que la reforma en comento va más allá del significado que pueda tener la palabra calidad, ya que lo destacable de ella es que en las diversas instancias judiciales se podrá hacer exigible esa obligatoriedad.

Ahora bien, la reforma crea un servicio profesional docente que servirá para llevar a cabo concursos de ingreso para los docentes y para la promoción a cargos con funciones de dirección y de supervisión en la educación básica y media superior que impartirá el Estado. El servicio tiene la finalidad de garantizar la idoneidad de los conocimientos y capacidades de los profesores, hecho que no ocurría antes de la reforma.

Además, el Estado para garantizar la prestación de servicios educativos de calidad, crea el Sistema Nacional de Evaluación Educativa, coordinado por el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación, que es un organismo público autónomo, con personalidad

---

<sup>121</sup> Cossío Díaz, José Ramón, El nuevo artículo 3º constitucional, Periódico el Universal, Publicado el 08 de marzo de 2013.

<sup>122</sup> Ídem.

jurídica y patrimonio propio, con el objetivo de evaluar la calidad, el desempeño y resultados de dicho.

La reforma al Artículo 3° Constitucional es un argumento a favor de la propuesta que desarrollaremos en el siguiente numeral del presente trabajo, ya que en ella se refleja el compromiso del Estado para establecerse una obligación y requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos educativos.

El Estado brindará el servicio de educación por medio de profesores con cualidades personales y competencias profesionales que promuevan el máximo logro de aprendizaje de los educandos, de acuerdo con su perfil, parámetros e indicadores que establezca el Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.

Todos los seres humanos deben tener acceso a la educación, tanto de derecho como de hecho,<sup>123</sup> por ello, el Estado debe apoyarse de normas prescriptivas que dirijan su actuación como es el caso del Artículo 3° Constitucional, la Ley General del Servicio Profesional Docente y la Ley del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación.

En el supuesto de la calidad de los servicios de salud en comparación con la reforma en comento, en salud, ya existen mecanismos y esfuerzos para establecer estándares y modelos de calidad en beneficio del paciente, pero no así normas jurídicas y entes rectores en esta materia.

A continuación desarrollaremos nuestra propuesta e iniciaremos identificando la falta de una norma que defina a la calidad de los servicios de salud como una obligación del Estado, después daremos las razones de nuestro planteamiento. Usaremos los principios a que haya lugar y utilizaremos el marco jurídico necesario para hacerla valer.

---

<sup>123</sup> Principio de no discriminación que se relaciona con lo establecido en el inciso b) del párrafo 2 del Artículo I de la Constitución de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por su siglas en ingles).

#### *4.2 Propuesta de reforma al artículo 2, apartado B, fracción III y al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

Durante 60 años en nuestro país se ha hablado de calidad de los servicios de salud, los esfuerzos y los trabajos han sido muchos y es digno saber reconocerlos, sin embargo, es necesario institucionalizar la calidad de manera homologa en todo el Sistema Nacional de Salud, pues, en palabras del doctor Pedro Saturno, la falta de integración y visión global limita seriamente la efectividad y eficiencia de estas iniciativas.<sup>124</sup>

La calidad en los servicios de salud requiere de normas jurídicas que establezcan la obligación y los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos, tanto administrativos como de atención médica. Hoy en día no basta con tener buena voluntad para seguir las recomendaciones de un plan sectorial ó un modelo de gestión de la calidad en la dependencia o institución prestadora de servicios de salud.

Como lo señala atinadamente el doctor Germán Fajardo Dolci: “se requiere establecer un marco normativo que impida que sea cuestión de voluntades temporales o de convicciones pasajeras.” La obligatoriedad del cumplimiento es un paso que favorece el cumplimiento de los procesos establecidos de las mejores prácticas en todos los aspectos.<sup>125</sup>

Con la introducción de una obligación al Estado y a los particulares de ofrecer servicios de salud de calidad traería consigo un cambio significativo al Sistema Nacional de Salud, pues la calidad cambiaría de ser una política pública a ser una norma prescriptiva que adopte un determinado curso de acción.

---

<sup>124</sup> Saturno J. Pedro, Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 225

<sup>125</sup> Cfr. Fajardo Dolci, Germán et al., El hexágono de la calidad, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 71

Las razones para garantizar la calidad de los servicios de salud son porque con nuestra propuesta se pretende fortalecer el constitucionalismo social, partiendo de la premisa de que toda persona tiene derecho a la salud física y mental. En este sentido, el Estado es rector del desarrollo económico y social de la nación y por ende, adquiere responsabilidades para proveer a la población de las condiciones que permitan el cabal desenvolvimiento del hombre.<sup>126</sup>

Al fortalecer la rectoría del Estado a partir de la reforma constitucional planteada, estaremos dando un paso a la integración y consolidación del Sistema Nacional de Salud, pues ella originará el establecimiento de políticas públicas, la optimización recursos y acceso a servicios de salud de calidad homogénea.

En la Constitución se establecen normas primarias y secundarias, entendiéndose que las primarias imponen deberes de hacer o de omisión y las secundarias otorgan potestades públicas o privadas para el reconocimiento, cambio y adjudicación de las primeras.<sup>127</sup> Por ello, la calidad de los servicios de salud será un deber del Estado y los particulares, en consecuencia, tendrán la potestad de reconocerlo o exigir su cumplimiento.

Nadie está obligado a lo imposible, por lo que garantizar la calidad de los servicios de salud por el Estado y los particulares no es cosa que no pueda cumplirse, si bien es cierto que en la actualidad hay leyes, políticas y medidas presupuestarias que regulan su funcionamiento u operación, éstas no han sido las más apropiadas.

Para garantizar lo antes expuesto, se requiere la creación de instituciones que velen por este propósito y que lleven a cabo evaluaciones del desempeño de todo el Sistema Nacional de Salud en materia de calidad, utilizando estándares homólogos, según el nivel de atención, mediante los cuales ayuden a identificar las áreas donde el desempeño de los servicios es

---

<sup>126</sup> Ortega Lomelín, Roberto, La rectoría del Estado y la política nacional de salud, Revista de Administración Pública Administración del Sector Salud, Número 69-70 Enero – Junio Año 1987. Pág. 35

<sup>127</sup> Montero, Alberto, Derecho y moral. Estudio introductorio, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011. Pág. 36



deficiente y con ello tomar las decisiones correspondientes para su mejora, así como se cuente con el aval ciudadano.<sup>128</sup>

Es importante realizar una certificación a los tres niveles de atención públicos y privados de carácter obligatoria y a intervalos planificados, reforzar la regulación sanitaria, implementar la gestión de la calidad institucional, establecer una política nacional sobre la calidad de los servicios de salud donde el rector sea la Secretaría de Salud y mejorar los medios alternativos para la solución de controversias entre un usuario y un prestador de servicio médicos.

La salud es un derecho humano fundamental, por tanto, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Existen diversos instrumentos jurídicos internacionales que reconocen este derecho (Ver Anexo 1), uno de ellos es el Artículo 12, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.<sup>129</sup>

Según la Observación General 14 a éste artículo elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales que se interrelacionan entre sí y son: 1) Disponibilidad, 2) Accesibilidad, 3) Aceptabilidad y 4) Calidad.<sup>130</sup>

El elemento de calidad debe tomar en cuenta el aspecto cultural donde se va prestar la atención para que este satisfaga al paciente. La infraestructura de la unidad médica, los bienes y servicios de salud tendrán que ser apropiados desde el punto de vista científico y

---

<sup>128</sup> Actualmente, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, cuenta con la Dirección de Evaluación de Servicios de Salud, que se encarga de realizar evaluaciones periódicas de los hospitales y unidades de atención primaria, sin embargo, ésta área cuenta con dos subdirectores, dos jefes de departamento y personal de apoyo administrativo. Por tanto, es personal insuficiente para hacer evaluaciones significativas en todo el Sistema Nacional de Salud.

<sup>129</sup> El Pacto fue firmado en Nueva York, Estados Unidos, el 16 de diciembre de 1966. La adhesión de México fue el 23 de marzo de 1981 y su Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo de 1981.

<sup>130</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Aprobado el 11 de mayo de 2000.

médico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.<sup>131</sup>

En lo que respecta al orden jurídico mexicano, el derecho a la salud se contempla en el Artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley General de Salud le corresponde establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Es a partir de la consagración del derecho a la protección de la salud cuando el Estado mexicano asume la rectoría de la política de salud, y su función de coordinador y proveedor de los servicios de salud.<sup>132</sup> Pero en el caso de los proveedores particulares, el Estado deberá vigilar su funcionamiento con base en la ley reglamentaria.

El derecho a la protección de la salud tiene entre sus finalidades el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; en este sentido, el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo mejorar la calidad de los mismos. Por tanto, los usuarios tienen derecho a obtener prestaciones de salud de calidad y a una atención profesional y éticamente responsable de los profesionales, técnicos y auxiliares.<sup>133</sup>

La reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud, que entró en vigor el 1 de enero de 2004, estableció como obligación del Estado garantizar el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin gasto por la utilización y sin discriminación a los servicios a las personas inscritas al Sistema de Protección Social en Salud.

---

<sup>131</sup> Ídem, Pág. 4

<sup>132</sup> Ortega Lomelín, Roberto, La rectoría del Estado y la política nacional de salud, Revista de Administración Pública Administración del Sector Salud, Número 69-70 Enero – Junio Año 1987. Pág. 44

<sup>133</sup> Artículos 2, 6 y 51 de la Ley General de Salud.

Por tal motivo, en el artículo 77 bis 9 de la Ley General de Salud, se le encomendó a la Secretaría de Salud establecer los requerimientos mínimos para incrementar la calidad de los servicios de salud que atendieran a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, es decir, las unidades del Seguro Popular deben previamente acreditar su calidad, fuesen éstas públicas o privadas.

En la Ley General de Salud no se prevé que la acreditación de calidad sea un requisito para los demás prestadores de servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud, salvo que como ya se mencionó, sean proveedores de servicios médicos del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo, la acreditación, según las evaluaciones realizadas al Programa SICALIDAD en relación con las acciones para impulsar la institucionalización y gestión de la calidad, es un proceso que presenta el menor nivel de desarrollo.<sup>134</sup>

A su vez, en nuestro país el Consejo de Salubridad General realiza el proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica con base en el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), a pesar de todo el proceso de certificación para los establecimientos de atención médica se solicita de manera voluntaria con fines competitivos para los establecimientos privados y en caso de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud para incorporarse o poder seguir prestando servicios al Sistema de Protección Social en Salud.

No obstante que la acreditación y la certificación de los servicios de salud son procesos que se complementan, no son una obligación para el resto de instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, independientemente que sean públicas o privadas, por lo que lo ideal sería que estos procesos requieran desarrollarse y unificarse para dar origen a una acción del Estado más efectiva.

---

<sup>134</sup> Secretaría de Salud, Evaluación Externa SICALIDAD 2012, Resumen Ejecutivo, Universidad Autónoma Metropolitana, 2012. Pág. 18

Por un lado, la acreditación es efectuada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud y por otro lado, la certificación por el Consejo de Salubridad General, quienes basan sus decisiones en marcos jurídicos diferentes, pero paradójicamente ambos procesos tienen un objetivo similar: establecer o reconocer la garantía de la calidad de los prestadores de servicios de salud.

Lo anterior resulta sumamente extraño, pues a diferencia de otros países, los mecanismos de aseguramiento de la calidad en los servicios de salud están a cargo de una agencia externa a los Ministerios de Salud, tal es el caso del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de Colombia,<sup>135</sup> que fue un proyecto liderado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed, S.A. de C.V.<sup>136</sup> El SOGC tiene cuatro componentes que son: 1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. El Sistema Único de Acreditación y 4. El Sistema de Información para la Calidad.<sup>137</sup>

Por tal motivo, si en nuestro país se pretende avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, un aspecto que se deberá tomar en cuenta será la homologación del nivel de calidad y evaluación de los servicios de salud que será reconocido por la Constitución. Además, esto propiciará el diseño y establecimiento de un sistema único y obligatorio de certificación de calidad con base en un marco jurídico que así lo disponga.

---

<sup>135</sup> El Sistema de Garantía de la Calidad en Salud colombiano cuenta con ente acreditador al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), una junta de acreditación conformada por profesionales de reconocida trayectoria en aquel país por su conocimiento en el tema de calidad y por sus características con base en el Decreto 2 309 del 2002 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y la resolución 1 474 con la definición de las funciones de entidad acreditadora y adopción de los manuales de estándares.

<sup>136</sup> Orjuela de Deeb, Norma, Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia: una oportunidad para el mejoramiento del sector, Instituto Nacional de Salud Pública, Segunda Edición, México 2007. Pág. 175

<sup>137</sup> DECRETO Número 1011 de 2006, Dado en Bogotá, Colombia el 3 de abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al reformar el artículo 2, apartado B, fracción III y el artículo 4 párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se pretende, por una parte, reforzar la protección de la salud y el papel rector del Estado para establecer y coordinar la política de calidad de los servicios de salud, por otra parte, se estaría otorgando a los usuarios un estándar de calidad cuando soliciten y reciban la atención médica ya sea pública o privada y de no ser así la posibilidad de exigir esta obligatoriedad por medio de mecanismos jurisdiccionales.

Además, es indispensable la creación del Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud porque al realizar evaluaciones se puede corregir o prevenir el servicio ineficiente y así contribuir al mejoramiento del servicio.

Por las razones antes expuestas, nuestra propuesta consiste en lo siguiente:

Texto vigente	Texto que se propone
<p>Artículo 2o. La Nación Mexicana es única e indivisible.</p> <p>...</p> <p>A...</p> <p>B....</p> <p>I y II ...</p> <p>III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.</p>	<p>Artículo 2o. La Nación Mexicana es única e indivisible.</p> <p>...</p> <p>A ...</p> <p>B...</p> <p>I y II ...</p> <p>III. <b>Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud</b> mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.</p>

<p>Artículo 4o. ... ... ... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p>	<p>Artículo 4o. ... ... ... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. <b>El Estado garantizará el acceso y la calidad</b> de los servicios de salud. La ley definirá las bases y modalidades <b>para su cumplimiento, así como</b> establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.</p> <p><b>Para vigilar la calidad de servicios de salud, se crea el Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud, que será un organismo público autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio para evaluar la calidad, el desempeño y los resultados del Sistema Nacional de Salud.</b></p>
--	--

Cuadro N. 3 Elaborado por el autor

En resumen, las propuestas de reforma a la Constitución que se plantean en esta tesis, tienen tres propósitos en específico que son:

- a) Garantizar la calidad de los servicios de salud que prestan los Servicios Estatales de Salud de las entidades federativas y el distrito federal, las instituciones de seguridad social y los particulares;
- b) Que en Ley General de Salud se dote de facultades a la Secretaría de Salud para establecer y conducir la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud; y
- c) Crear el Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud.

Al tener rectoría la Secretaría de Salud en materia de calidad de los servicios de salud propiciará la homologación de los procesos y procedimientos en materia de calidad en los servicios de salud con base en la implementación de una política nacional sobre calidad y de acuerdo con lo establecido en el Artículo 4º Constitucional, tal y como lo desarrollaremos en el siguiente apartado de esta tesis.

Finalmente, la evaluación de los servicios en todo el Sistema Nacional de Salud brindará un observatorio del desempeño con información primaria con un alcance interinstitucional usando indicadores más confiables que ayuden a la toma de decisiones y la mejora de la calidad.

#### *4.3 Propuesta de adición al artículo 7 de la Ley General de Salud*

El rector de la política de salud es el Estado por conducto de la Secretaría de Salud, la cual se creó en 1943 por la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia.<sup>138</sup>

El 29 de diciembre de 1976, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, donde se estableció en su artículo 39 el crear y administrar establecimientos de salubridad. Para el 29 de diciembre de 1982 se publica en el Diario Oficial de la Federación, una nueva reforma al artículo 39 de la Ley para facultar a la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como coordinar los programas y servicios de salud.

Dos años más tarde, el 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Salud, como reglamentaria del derecho a la protección de la salud establecido en el Artículo 4º de la Constitución. Por último, el 21 de enero de 1985, se

---

<sup>138</sup> Secretaría de Salud, MANUAL de Organización General de la Secretaría de Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2012.

reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, por lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

En este sentido, la Ley General de Salud es una norma que distribuye la competencia entre los distintos niveles de gobierno en la materia de salud y sienta las bases para su regulación,<sup>139</sup> por ello, la Ley constituye el Sistema Nacional de Salud y define las facultades de la Secretaría para coordinar dicho sistema.

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley General de Salud, el Sistema Nacional de Salud está integrado por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud.

La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud en lo que respecta al establecimiento y conducción nacional en materia de salud, la coordinación de los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, la coordinación del proceso de programación de las actividades del sector salud, la coordinación entre las instituciones educativas y de salud la formación de recursos humanos, entre otras.<sup>140</sup>

En la prestación de los servicios el Estado tiene la obligación de garantizar a la población el pleno goce a la protección de la salud, por ello, la Secretaría de Salud, como coordinador del SNS, deberá tomar la responsabilidad de conducir la homologación de la calidad de los servicios de salud por medio de políticas públicas donde se involucre al gobierno y a la sociedad.

---

<sup>139</sup> Tesis Jurisprudencial P./J. 5/2010, Tomo XXXI, Febrero de 2010, Publicada en el Semanario Judicial de la Federación. Pág. 2322

<sup>140</sup> Véase el artículo 7 de la Ley General de Salud.



En efecto, la Secretaría de Salud requiere fortalecer su capacidad para orientar al SNS en materia de calidad de los servicios de salud. En este orden de ideas, para el doctor Sebastián García Saisó: *“el primer reto es establecer un marco jurídico y un entorno en el cual existan mecanismos para que la planeación, operación y evaluación de las acciones de salud”*,<sup>141</sup> entre ellas, las correspondientes a la calidad de los servicios.

Dotando a la Secretaría de Salud de facultades para coordinar y establecer la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, permitirá homologar en el Sistema Nacional de Salud la atención, los estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios, los indicadores y los sistemas de información en salud.

García Saisó añade que la rectoría o gobernanza de los sistemas nacionales de salud desempeña un papel fundamental en la evolución y conducción del mismo, por ende, a partir de la consolidación de la calidad se puede avanzar hacia la construcción de un Sistema con mayor capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de la sociedad.<sup>142</sup>

Por las razones antes expuestas, es necesario adicionar una fracción al artículo 7 de la Ley General de Salud para otorgar a la Secretaría de Salud, como coordinador del SNS, facultades para establecer y conducir la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud.

El motivo de otorgar rectoría a la Secretaría de Salud en materia de calidad es para que las dependencias e instituciones que integran el SNS administren y gestionen sus servicios siguiendo una visión estratégica definida, donde todo el sector salud participe en su integración con base en la ley y la transparencia.

---

<sup>141</sup> García Saisó, Sebastián et al., La calidad como eje transversal de los sistemas de salud, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 222

<sup>142</sup> Ídem. Pág. 223

La calidad no cuesta (véase Crosby, 1987) y siguiendo ésta idea, la Secretaría de Salud deberá implementar acciones públicas para satisfacer y garantizar la calidad de los servicios de salud que satisfagan las necesidades de los usuarios.

El que no hace lo que debe, hace lo que no debe. Por ejemplo, el Programa SICALIDAD se ha considerado el principal instrumento de rectoría sectorial destinado a elevar la calidad de los servicios de salud del país y situar la calidad de la atención en la agenda permanente del SNS. Sin embargo, ésta tarea no ha sido cumplida, pues operativamente el programa presenta diversas debilidades como la toma de decisiones de manera vertical sin tomar en cuenta las necesidades específicas de cada unidad de atención, la poca o nula capacitación de personal, la infraestructura en malas condiciones, entre otras cuestiones.<sup>143</sup>

Si bien el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud señala que el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios a los beneficiarios del seguro popular, porque no exigir esta garantía al resto de dependencias e instituciones que integran el SNS.

Por tal motivo, la propuesta es la siguiente:

---

<sup>143</sup> Secretaría de Salud, Evaluación Externa SICALIDAD 2012, Universidad Autónoma Metropolitana. Pág. 25

Texto vigente	Texto que se propone
<p>Ley General de Salud Última reforma publicada DOF 24-04-2013 TITULO SEGUNDO Sistema Nacional de Salud CAPITULO I Disposiciones Comunes</p> <p><b>Artículo 7o.-</b> La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I a XIV ...</p> <p><b>XV.</b> Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.</p>	<p>Ley General de Salud Última reforma publicada DOF 24-04-2013 TITULO SEGUNDO Sistema Nacional de Salud CAPITULO I Disposiciones Comunes</p> <p><b>Artículo 7o.-</b> La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:</p> <p>I a XIV ...</p> <p><b>XV. Establecer y conducir la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud.</b></p> <p><b>XVI.</b> Las demás atribuciones, afines a las anteriores, que se requieran para el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud, y las que determinen las disposiciones generales aplicables.</p>

**Cuadro N. 4 Elaborado por el autor**

A manera de conclusión, al crear el marco legal para que la Secretaría de Salud sea el rector de la calidad de los servicios de salud traerá consigo la homologación de la calidad de los servicios de salud, la población será beneficiada pues las instituciones siguiendo una visión estratégica mejoraran las condiciones de acceso, se optimizara los recursos financieros, humanos y la infraestructura. A continuación desarrollaremos nuestra propuesta de creación del Instituto Nacional de Evaluación de los Servicios de Salud como un organismo autónomo encargado de evaluar la calidad de los servicios de salud que prestan las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

#### *4.4 Propuesta de creación del Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud, como órgano encargado de evaluar la calidad, el desempeño y los resultados del Sistema Nacional de Salud.*

En la propuesta de reforma al Artículo 4º de la Constitución que se plantea en esta tesis, se sugiere crear el Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud, como órgano encargado de evaluar la calidad, el desempeño y los resultados del Sistema Nacional de Salud. Éste órgano constitucional se le encomendará tareas específicas del Estado con el propósito de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud y con ello satisfacer las necesidades de la sociedad.

La idea de contar con un órgano con estas características es porque el Estado requiere de instituciones especializadas administradas de manera descentralizada, ya que no es viable que un ente como el que se propone esté subordinado a la Secretaría de Salud o al Consejo de Salubridad General. En la actualidad, la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud realiza evaluaciones a las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, pero por ser un área tan pequeña carece de recursos para ejecutar evaluaciones trascendentales que ayuden de forma macro a la mejora del sistema de salud.

En el caso que nos ocupa, la evaluación de los servicios de salud brindará información confiable que ayude a identificar logros o deficiencias en el servicio, definirá indicadores, propiciará la realización auditorías de desempeño de capacidades, procesos y resultados del Sistema Nacional de Salud.<sup>144</sup>

El Instituto utilizará información primaria de las dependencias e instituciones públicas y privadas, es decir, la información se recolectará por medio de visitas en unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel de todo el Sistema Nacional de Salud. Se entrevistará a usuarios

---

<sup>144</sup> En materia de capacidades, se sugiere que el Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud con la colaboración de los colegios de profesionistas se integre un padrón de profesionales de la salud que se encuentren certificados.

por unidad y se generaran datos que permiten comparar el desempeño de los hospitales públicos y privados, tanto de capacidades, procesos y resultados obtenidos en las auditorias correspondientes.

En la actualidad no existe un sistema de evaluación a los servicios de salud que presta el Sistema Nacional de Salud, por ello, la evaluación del desempeño de los servicios de salud estudiará los objetivos planteados en los ejes rectores, determinara las fortalezas y debilidades en recursos financieros, humanos, e infraestructura, definirá responsabilidades, evaluará la calidad del servicio que permitirá la mejora de los procesos, prácticas y sistemas para facilitar la toma de decisiones.

Lo útil no debe ser viciado por lo inútil, por ende, el Instituto propuesto deberá conducirse con autonomía, objetividad y transparencia. Su fundamento se lo dará el Artículo 4 Constitucional, a fin de que éste ente autónomo lleve a cabo la coordinación necesaria con los poderes públicos u órganos también autónomos, sin sujetarse a una subordinación.

El Instituto establecerá sus propias normas o reglamentos, según su ámbito de competencia establecido en la Constitución y contará con un órgano interno de siete expertos elegidos por el Senado de la República para evitar que tenga una injerencia del Poder Ejecutivo, que pudiera afectar en su autonomía.

El Sistema Nacional de Salud requiere ser evaluado por medio de un ente autónomo especializado técnica y administrativamente; sirviendo de contrapeso al proceso de certificación a cargo del Consejo de Salubridad General que a partir de nuestra propuesta de reforma constitucional deberá ser único y obligatorio, puesto que la calidad de los servicios de salud no debe prestarse a conveniencias políticas, porque es una obligación del Estado y los particulares satisfacer las necesidades de sus pacientes.

Por las razones antes expuestas, enlistaremos los elementos que definen nuestra propuesta:

- a) El Congreso de la Unión deberá expedir la Ley de creación del Instituto Nacional para la Evaluación de los Servicios de Salud.
- b) La Comisión de Salud del Senado de la República realizará una Convocatoria nacional para elegir a 14 candidatos que con base en su experiencia y capacidades serán puesto a consideración de la asamblea para que sólo queden 7, quienes integraran el órgano interno del instituto. Este proceso lo llevará a cabo cada 7 años para la renovación del mismo.
- c) La Cámara de Diputados deberá designar el presupuesto necesario para la creación del Instituto referido.
- d) La evaluación de los servicios de salud tendrá como objetivo identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud.
- e) El Instituto será un organismo público autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, conforme lo disponga el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- f) El Instituto contará con plena autonomía técnica, de gestión, presupuestaria y para determinar su organización interna.

*4.5 Acciones que deberán emprender en el Consejo de Salubridad General, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Comité Nacional por la Calidad, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la calidad en los servicios de salud.*

Como lo vimos en los apartados anteriores, el propósito de la presente tesis es presentar una propuesta de reforma para garantizar la calidad de los servicios de salud en México. Cabe señalar que para llegar a ello es importante la participación y compromiso de diversas autoridades, así como la creación de un marco jurídico que sustente lo anterior.

En virtud de lo anterior y con base en la propuesta de reforma al artículo 2, apartado B, fracción III y al artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y adición del artículo 7 de la Ley General de Salud, comentaremos las acciones y , en su caso, las modificaciones que tendrán que efectuar las autoridades siguientes:

#### *4.5.1 Consejo de Salubridad General*

El Consejo de Salubridad General es una autoridad sanitaria que su ámbito de acción y competencia se encuentra fundamento en el artículo 73, fracción XVI, base 1ª, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 4 y 15 de la Ley General de Salud.

En la actualidad, el Consejo de Salubridad General realiza la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que es un proceso por medio del cual se reconoce a los establecimientos de atención médica que cuentan con estándares de calidad para brindar servicios de salud, sin embargo este proceso es solicitado de manera voluntaria.

Sugerimos la obligatoriedad de la certificación de calidad en todo el Sistema Nacional de Salud a cargo del Consejo de Salubridad General por ser un órgano que depende directamente del Presidente de la República y ser la autoridad competente para efectuarlo.

#### *4.5.2 Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*

La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios deberá fortalecer la evaluación, expedición o revocación de las autorizaciones sanitarias correspondientes para poder brindar servicios de salud, pues si dichos servicios no cumplen con los estándares de calidad predefinidos no será conveniente que los siga prestando.

#### *4.5.3 Comité Nacional por la Calidad*

Es evidente que al brindar en el artículo 7 de la Ley General de Salud rectoría a la Secretaría de Salud para coordinar y establecer la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, el Comité Nacional por la Calidad será el vínculo ideal para la unificación de criterios y las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes en las dependencias e instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.

El Comité Nacional por la Calidad en Salud deberá coadyuvar a cumplir con la meta del Estado mexicano para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, a través de criterios que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

#### *4.5.4 Comisión Nacional de Arbitraje Médico*

El arbitraje médico en México es una alternativa extrajudicial viable que permite resolver de manera más especializada y en corto tiempo las controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud, en comparación con las cargas de los tribunales judiciales mexicanos.

Es necesario que la CONAMED pase a ser un órgano descentralizado con autonomía e independencia funcional y financiera para llevar a cabo de manera más eficaz sus funciones porque el Estado requiere de entes que atiendan de manera más eficaz y especializada asuntos para proteger los bienes jurídicos tutelados como son la vida y la salud.



## Conclusiones

El concepto de calidad se desarrolló con base en las necesidades del hombre por mejorar su trabajo. Dicho concepto es un término polisémico que puede tener distintos significados según para lo que sea utilizado y que está supeditado al juicio de valor que se le pueda otorgar, tal y como lo observamos en la teorías consultadas en este trabajo.

Los modelos para garantizar la calidad utilizados en la industria tienen similitud con los modelos que se ocupan en los hospitales, de hecho, podemos concluir que ambos son complementarios puesto que sus sistemas de acreditación son similares, establecen evaluaciones y requisitos, así como estándares internacionales que las organizaciones deberán seguir.

En México, los esfuerzos para mejorar los servicios de salud iniciaron en el Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1956, esto inspiró a otras instituciones públicas a realizar diversas acciones con el propósito de brindar calidad en sus servicios. En la década de los ochenta aparece el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, como un esfuerzo interinstitucional que ciertamente contribuyó a los avances de la evaluación de los servicios de salud, sin embargo, la falta de un marco jurídico y el poco interés de las administraciones siguientes frenó el desarrollo de la evaluación del Sistema Nacional de Salud.

Después, en 2001 el Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue una estrategia de gran relevancia a nivel nacional que propició la convergencia de las acciones para mejorar los servicios de salud. En este programa participaron representantes del sector público y privado, quienes lograron arraigar a la calidad como un valor a nivel organizacional, sin embargo, la estrategia mencionada sólo se enfocó a unidades de la Secretaría de Salud y no al resto de instituciones públicas y privadas del sistema de salud mexicano.

En 2008 se lanzó el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), donde se establece la estrategia operativa denominada: Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), que a lo largo de seis años ha logrado establecer en la agenda del SNS la calidad de los servicios de salud, empero, el Programa SICALIDAD carece de rectoría para conducir la política nacional de calidad en todo el sector salud, máxime, la operación de SICALIDAD presenta diversas debilidades como: variaciones en su implantación en las entidades federativas, falta de capacitación de personal, infraestructura, entre otros.<sup>145</sup>

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización Panamericana de la Salud han instado a los Estados Miembros para que elaboren normas, patrones y directrices sobre la calidad de la atención y seguridad del paciente. México deberá continuar con el reforzamiento de su sistema de salud con base en las estrategias, nacionales y locales con el propósito de reorganizar, gestionar, financiar, integrar y capacitar a los profesionales de salud.

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra fragmentado, la política pública en materia de calidad de los servicios de salud no define los alcances de acción de las dependencias e instituciones del SNS y no cuenta un marco legal que defina a la Secretaría de Salud como rector de esas políticas que dirija el rumbo del mejoramiento de los servicios de salud.

La estrategia del Gobierno de la República para los próximos seis años será avanzar hacia la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal que garantice el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, independientemente sean beneficiarios de la protección social en salud, de las instituciones de seguridad social o algún tipo de aseguramiento privado.

---

<sup>145</sup> Secretaría de Salud, Evaluación Externa SICALIDAD 2012, Resumen Ejecutivo, Universidad Autónoma Metropolitana. Pág. 24 a 26.

A fuerza de concluir, se considera que para lograr la meta anterior será necesario homologar el nivel de calidad de los prestadores de los servicios de salud, esto es, la Secretaría de Salud como rector deberá establecer un modelo de atención uniforme, sin distinción e igualitario, integrar a las dependencias e instituciones del SNS y coordinar su funcionamiento, tal y como se proyecta en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

En México se han realizado acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud a finales de la década de los noventa, el Consejo de Salubridad General diseñó un modelo de certificación voluntaria para los establecimientos de atención médica que dio como resultado la creación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

En 2003, se reforma y adiciona la Ley General de Salud con el propósito de crear el Sistema de Protección Social en Salud y se establece que el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los servicios de salud a todos aquellos beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud (“Seguro Popular”), esto es, aquel establecimiento de atención médica público, social o privado, fijo o móvil que atienda a los beneficiarios de dicho sistema deberá estar acreditado para tal fin.

En virtud de lo anterior, la acreditación es obligatoria para prestar servicios médicos en el “Seguro Popular”, en cambio, los establecimientos de los sectores públicos y privado que presenten servicios de salud podrán certificarse de manera voluntaria ante el Consejo de Salubridad General.

Ahora bien, se estima, primero, que la acreditación es un proceso que la Ley General de Salud le brinda un fin específico y que su alcance se limita a garantizar la calidad de los establecimientos médicos para beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; segundo, la certificación es voluntaria y tiene como fin para los establecimientos privados el reconocimiento y competitividad ó en el caso de hospitales públicos o privados incorporarse o seguir brindando servicios al “Seguro Popular”.

Por ende, se recomienda eliminar la acreditación como un requisito para garantizar la calidad de los servicios de salud para beneficiarios del seguro popular y se propone la obligatoriedad de la certificación para todo servicio de salud. La certificación será liderada por Consejo de Salubridad General, ya que éste es una autoridad sanitaria que depende directamente del Presidente de la República, además, puede tomar decisiones para coordinar a todos los actores que integran el SNS de acuerdo con lo establecido en los artículos 4 y 73 fracción, XVI, base 1ª de la Constitución.

Se propone que a cargo del Consejo de Salubridad General se encuentre un sistema único de certificación obligatoria que traiga consigo el compromiso a todo el SNS por la calidad, tal y como sucede en otros países, un ejemplo de ello es Colombia que cuenta con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC).

La ausencia de calidad se presenta de diferentes maneras: nulo acceso a los servicios de salud, mala práctica médica, falta de insumos y recursos humanos, inconformidad y quejas medicas, insatisfacción de los usuarios, entre otras. Pero esto nos lleva hacer una reflexión pues la ausencia de calidad puede derivar de cuestiones externas ajenas a la propia atención médica.

Existen determinantes de la salud<sup>146</sup> que influyen en el desarrollo de las personas y del Estado, como bien lo señala el Dr. Germán Fajardo Dolci, es imposible hablar de calidad en la atención médica, cuando se vive sin agua potable o luz eléctrica, por lo que de no haber equidad en la sociedad los problemas de salud seguirán en aumento.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Los determinantes sociales de la salud, según la Organización Mundial de la Salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

<sup>147</sup> Fajardo Dolci, Germán et al., El hexágono de la calidad, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012. Pág. 71

Por ende, para garantizar la calidad de los servicios de salud es necesario contar con instituciones especializadas capaces de atender con las necesidades de los ciudadanos y con medios legales gratuitos y expeditos capaces de resolver las controversias que se susciten entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

Hoy los usuarios de los servicios de salud tienen como medios de defensa el modelo arbitral médico, la queja ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las vías jurisdiccionales, podemos concluir que de todos ellos el arbitraje médico es una alternativa extrajudicial viable que permite resolver de manera más especializada y en corto tiempo de controversias, en comparación con las cargas de los tribunales judiciales mexicanos.

Empero, es necesario que la CONAMED pase a ser un órgano descentralizado y con autonomía e independencia funcional y financiera para llevar acabo de manera más eficaz sus funciones, porque el Estado requiere de entes que atiendan de manera más especializada asuntos para proteger los bienes jurídicos tutelados como son la vida y la salud.

En lo relacionado con las quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, es digno reconocer que la Recomendación General N. 15 Sobre el derecho a la protección de la salud, emitida el 23 de abril de 2009 y dirigida a diversas dependencias e instituciones que integran el SNS; pero se requiere que la CNDH denuncie ante el Ministerio Público el cumplimiento de este tipo de faltas para dejar un precedente y que no quede impune ninguna violación a los derechos humanos.

Cabe mencionar que la responsabilidad penal no excluye a la civil y viceversa, así como ambas no excluyen la responsabilidad laboral y tampoco la administrativa del prestador de servicios médicos, por lo que en todo el SNS se debe promover los derechos y obligaciones de los pacientes para hacer conciencia ante una situación de mala praxis. Un ciudadano mayor informado será capaz de interponer la vía que a su derecho convenga.

Luego entonces la sociedad tiene la potestad de exigir al Estado servicios de salud que cumplan con sus expectativas, por ejemplo en el caso de la reforma al Artículo 3º Constitucional, el Estado fue capaz de obligarse a garantizar la calidad de la educación estableciendo medios y alternativas para mejorar el servicio por medio de profesores capacitados, un sistema de evaluación del servicio profesional y la creación de un ente autónomo para evaluar el desempeño del sistema educativo.

Así es dable llegar a la conclusión que en salud, la calidad de los servicios no es un tema nuevo, pues se lleva hablando de calidad desde hace más de sesenta años en México, administraciones van y vienen con esfuerzos loables que nunca son suficientes por la ausencia de un marco jurídico que determine el compromiso institucional.

Como lo dijimos en el Capítulo 4 de esta tesis, no basta con tener buena voluntad para seguir las recomendaciones de un plan sectorial ó un modelo de gestión de la calidad en la dependencia o institución prestadora de servicios de salud, se considera que es el momento idóneo para construir la universalidad del sistema de salud con marco jurídico que así lo disponga.

Una vez reformada la Constitución en los términos que propone esta tesis, la norma bridará el curso de acción del Estado y de los particulares. La calidad de los servicios de salud deriva del grado de salud del paciente y su garantía depende de los recursos financieros, humanos y de infraestructura del prestador de servicios de salud. Por ello, es necesario que los recursos en salud sean evaluados de manera periódica con el propósito de identificar las malas prácticas y los buenos resultados para la toma de decisiones futuras.

La salud es un derecho humano fundamental y todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente; así lo define diversos ordenamientos jurídicos internacionales y nacionales (véase Anexo 1), por tanto, se concluye que para llegar a ello, es conveniente que el marco jurídico sanitario en México sea modificado para planear, operar y evaluar de las acciones de salud.

**No obstante que las propuestas que aquí se plantean implican importantes cambios normativos y estructurales en el sistema de salud mexicano para favorecer la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población sin importar su condición son necesarias para implementar el sistema de salud universal que tanto necesita nuestro país.**

## Anexo 1 Instrumentos jurídicos relativos al derecho a la salud

Internacionales	Nacionales
Artículo 25, párrafo 1, de la Declaración Universal de Derechos Humanos.	Artículo 4º, tercer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Artículo 12, párrafo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Ley General de Salud
Artículo 5, inciso iv) del apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965.	Ley del Seguro Social
Artículo 11, apartado f) del párrafo 1 y el Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979.	La Ley de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estados
Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.	La Ley Federal del Trabajo
Artículo 10 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988.	Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
	Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
	Ley de Asistencia Social
	Ley de Desarrollo Rural Sustentable



## **Bibliografía**

Academia Mexicana de Cirugía, Ideario de calidad para miembros de la Academia Mexicana de Cirugía, México 2012.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las unidades de la Secretaría de Salud publicado el jueves 11 de marzo de 2010 en el Diario Oficial de la Federación.

ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007

ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud para el ejercicio fiscal 2013

Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de septiembre de 2002.

Aguirre Gas, Héctor y col. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas salud pública, México 1990; vol. 32(2):170-180.

Ambrosio Morales, María Teresa et al., La responsabilidad del médico como servidor público en México, Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Serie Doctrina jurídica N. 404, 2007.

Código Civil para el Distrito Federal.

Código Penal para el Distrito Federal.

Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal.

Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Aprobado el 11 de mayo de 2000.

Consejo de Salubridad General, Manual del Proceso para la Certificación de Hospitales 2012, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, México 2012.

Constitución de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, Adoptada por el Consejo Directivo en su I Reunión, celebrada en Buenos Aires, Argentina, del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947. Enmiendas aprobadas por el Consejo Directivo en su XIII Reunión, resolución XXXVII (1961); en su XVI Reunión, resolución XXIV (1965); en su XVIII Reunión, resolución II (1968); en la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, resolución I (1978), y en la XLI Reunión del Consejo Directivo, resolución VIII (1999).

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Cossío Díaz, José Ramón, El nuevo artículo 3º constitucional, Periódico el Universal, Publicado el 08 de marzo de 2013.

Crosby, Philip B., Calidad sin lágrimas: el arte de administrar sin problemas; trad. de Alberto García Mendoza, Pie de Imprenta México: CECSA, 1987.

\_\_\_\_\_, La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad; trad. de Octavio Díaz García de León, México: CECSA, 1987.

\_\_\_\_\_, Los principios absolutos del liderazgo; trad. de Roberto Andrés Haas García, Prentice-Hall Hispanoamericana, c1996

Davis, Loyal, Fellowship of Surgeons: a History of the American College of Surgeons. Chicago: ACS, c1960.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

DECRETO Número 1011 de 2006

Decreto 2 309 del 2002 del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Deming, W. Edwards, Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis, Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989.

\_\_\_\_\_, Out of the crisis, Cambridge, Mass: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986

Domínguez Morfin, Rafael, Arbitraje médico: análisis de 100 casos, México, JGH Editores, 2000.

Donabedian, Avedis, Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica, Primera Edición, Perspectivas en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México 1990.

Evans R., James, Lindsay M., William, Administración y control de la calidad; trad. de

Feigenbaum, Armand Vallin, Control total de la calidad; tr. Ma. Ascensión G. de la Campa Pérez Sevilla. Pie de Imprenta México: Compañía Editorial Continental, 1994.

Francisco Sánchez Fragoso. Pie Imprenta México: Cengage Learning, 2008.

Fajardo Dolci, Germán, Preceptos éticos y legales de la práctica médica, Corporativo Intermédica, México 2012.

Informe de actividades, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2012.

Ishikawa, Kaoru, Introducción al control de calidad; trad. de Jesús Nicolau Medina y Ma. de las Mercedes Gozalbes Ballester. Pie de Imprenta Madrid: Díaz de Santos, 1994.

Juran, Joseph M., Juran y la planificación para la calidad, versión española por Jesús Nicolau Medina, Mercedes Gozalbes Ballester, México: Ediciones Díaz de Santos, c1990.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Ley General de Salud.

Ley Reglamentaria del artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal

Manivannan, Subramaniam, Introducción a seis sigma, MetalForming, México, Agosto de 2007.

Montero, Alberto, Derecho y moral. Estudio introductorio, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2011.

Norma que establece las disposiciones para la prestación de la atención médica en las unidades de medicina familiar, Clave 2000-001-007.

Norma ISO 9000:2005 Fundamentos y Vocabulario.

Organización Mundial de la Salud, Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009.

Organización Panamericana de la Salud, 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., Estados Unidos, 1-5 de octubre del 2007.

Orjuela de Deeb, Norma, Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia: una oportunidad para el mejoramiento del sector, Instituto Nacional de Salud Pública, Segunda Edición, México 2007.

Ortega Lomelín, Roberto, La rectoría del Estado y la política nacional de salud, Revista de Administración Pública Administración del Sector Salud, Número 69-70 Enero – Junio Año 1987.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Primer Informe de Gobierno, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 2012.

Primer Informe de Gobierno 2012-2013, Presidencia de la República.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social

Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Calidad Asistencial, Suplemento N.1 2001, Volumen 16, Barcelona España.

Rúelas Barajas, Enrique y col. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México 1990; Vol. 32(2):207-220

\_\_\_\_\_, Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Editorial Médica Panamericana, México 2008.

Ruíz de Chávez M, Martínez Narváez G, Calvo Ríos JM y col. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México 1990; 32:156-169.

Secretaría de Salud, Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud, Secretaría de Salud, México 2012.

Secretaría de Salud, Evaluación Externa SICALIDAD 2012, Universidad Autónoma Metropolitana, 2012.

Secretaría de Salud, México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud, Secretaría de Salud, México 2010.

Secretaría de Salud, La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 2012

Secretaría de Salud, MANUAL de Organización General de la Secretaría de Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2012.

Solidaria, revista bimestral editada por el IMSS para sus trabajadores. Corresponde al número 134 de febrero-marzo de 1999, novena época.

Tesis Jurisprudencial P./J. 5/2010, Tomo XXXI, Febrero de 2010, Publicada en el Semanario Judicial de la Federación.

### **Páginas web**

<http://www.asq.com.mx/>

<http://www.bancomundial.org/temas/globalizacion/>

<http://www.calidad.salud.gob.mx/>

<http://competitividad.org.mx/>

<http://www.conamed.gob.mx/>

<http://www.csg.salud.gob.mx/index.html>

<https://www.deming.org/>

<http://www.facs.org/index.html>

<http://www.fadq.org/Principal/tabid/36/Default.aspx>

<http://www.feigenbaumfoundation.org/>

<http://www.iso.org/iso/home.htm>

<http://www.jointcommission.org/>

<http://www.juran.com>

<http://lema.rae.es/drae/?val=calidad>

<http://www.paho.org/hq/?lang=es>

<http://www.philipcrosby.com.mx/index.php>

[http://salud\\_2013.salud.gob.mx/](http://salud_2013.salud.gob.mx/)

<http://www.who.int/es/>