

Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006

Ex Coordinador
de Unidades Médicas
de Alta Especialidad,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Distrito Federal, México

Comunicación con:
Héctor G. Aguirre-Gas
Tels: (55) 5277 8043
y 5277 3703.
Correo electrónico:
hector.aguirreg@hotmail.com

RESUMEN

Los hospitales de especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social tenían problemas de baja eficiencia y calidad de atención deficiente, a causa de su dependencia administrativa de las delegaciones institucionales, por toma de decisiones en sitios distantes, prioridad a las necesidades delegacionales, recortes presupuestales, desabasto y suministro deficiente. El H. Consejo Técnico autorizó la desconcentración administrativa de 25 unidades médicas y se integró su marco normativo. Se implantaron los Sistemas de Abasto Institucional (SAI), Planeación de Recursos Institucionales (PReI); Administración Hospitalaria Computarizada y Expediente Clínico Electrónico. Se asignaron 540 millones de pesos para obras y 350 millones de pesos para equipo. Al segundo año el Proyecto de Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAЕ) había logrado avances con mejoría de calidad y eficiencia: disminución indicadores fuera de rango de 48 a 18 %; incremento de las recetas surtidas de 87.9 a 96 % y del nivel de abasto de 79 a 92.3 %, solución de observaciones del Órgano Interno de Control, adecuación arquitectónica de los hospitales y mejoría del equipamiento. Queda en proceso completar la instalación y operación del Expediente Clínico Electrónico y del Sistema Computarizado de Administración Hospitalaria.

SUMMARY

The high specialty hospitals had approaching problems in low efficiency and quality of medical care, due to dependence of the Delegations rules in the IMSS. The main problems identified were: making decisions in a distant place, privilege of dilatational decisions, and right to led and cut the budget and finally a low provision. The Honorable Technical Council, must be authorize to create 25 autonomous Medical Units of High Specialization (UMAЕ) and then to establish a normative rules for operation. There where implanted the systems: "Institutional Supplies", "Institutional Planning Resources" and there where beginning to implant the "Computerized Medical Records" and "Computerized Administration Systems". There where authorized a budget of 540 million pesos for the architectural actualization and 350 million pesos for medical equipment. At last two years the UMAЕ Project advances in quality, evaluated through the medical indicators, decreasing medical indicators out of standards from 48 % to 18 %, increasing supplies level from 79 % to 92.3 %, solving the observations from an Internal Control Organ and an appropriate architecture of hospitals with better equipment, so. There is necessary: to complete and operate the Electronic Medical Records and the Computerized Hospital Medical Administration System.

Recibido: 7 de agosto de 2006

Aceptado: 20 de febrero de 2007

Introducción

El desarrollo permanente que ha ocurrido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en las últimas décadas, ha venido incrementando progresivamente su complejidad, haciendo que su administración evolucione constantemente hacia procesos cada vez más complejos, requiriendo de la implantación de una serie de eta-

pas administrativas intermedias, que han convertido a la administración de las unidades médicas en un proceso cada vez más pesado, lento e ineficiente.

La complejidad de los hospitales de alta especialidad, particularmente cuando estaban integrados en centros médicos, representaban una sobrecarga financiera que llegó a ser de 30 % de la operación, para las delegaciones del IMSS de

Palabras clave

- ✓ hospitales de especialidades
- ✓ garantía de calidad del cuidado médico
- ✓ administración de hospitales

Key words

- ✓ special hospitals
- ✓ health care quality assurance
- ✓ hospital administration

las que dependían; sobre todo si se tiene en cuenta el universo tan amplio de la gestión de éstas, que incluye unidades de primer y segundo nivel, subdelegaciones, guarderías, centros de bienestar social y otras dependencias delegacionales, mismas que requieren mucho tiempo de su atención, ocasionando que con frecuencia sus prioridades privilegiaran los requerimientos diferentes a los de las unidades médicas de tercer nivel de atención.

Como problema agregado se identificó que, además de la falta de oportunidad en la toma de las decisiones delegacionales, éstas se estaban tomando en sitios distantes al sitio donde se desarrollan los procesos, con frecuencia sin la información necesaria o a través de información de terceras personas, que no siempre contaban con un conocimiento pleno de la operación, las causas de los problemas y sus posibles implicaciones.

Los apremios presupuestales delegacionales que han venido ocurriendo regularmente en los últimos meses de cada año, afectan en forma similar a cualquier tipo de unidad, con repercusiones de mayor trascendencia en la atención de los pacientes con mayor complejidad, particularmente cuando era necesario replantear la redistribución del presupuesto delegacional.

Los equipos adquiridos por el nivel central y los insumos para la salud suministrados por el nivel delegacional, con frecuencia diferían de los requerimientos específicos y de las expectativas de los prestadores de servicios en el tercer nivel de atención, quienes los requerían para la atención de sus pacientes, por haber sido adquiridos como “genéricos”, destinados a satisfacer las necesidades de las unidades médicas de todo el sistema.

La calidad de la atención había sido evaluada esporádicamente por el nivel central y con más frecuencia por el delegacional, mediante la aplicación de diferentes programas institucionales, aunque con patrones parciales que han incluido únicamente la oportunidad de la atención, la satisfacción de los usuarios o la productividad; acciones insuficientes para cubrir las necesidades de evaluación del tercer nivel de atención.

Como referente cercano, el IMSS ha tenido a los Institutos Nacionales de Salud, cuya administración desconcentrada, les ha permitido un desarrollo más eficiente y con mayor calidad.

Teniendo en cuenta la política gubernamental de desconcentración de la administración pública federal, el IMSS decidió aplicarla a la reestructuración del sistema de atención para la prestación de los servicios médicos.

El proceso de desconcentración fue planeado en dos grandes vertientes, las Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD), integradas por las unidades de medicina familiar (UMF) y el hospital general de zona (HGZ) o regional (HGR), cabeza del Área; y, por otra parte, las unidades médicas de tercer nivel de atención, ubicadas en ocho estados de la República y en las regiones norte y sur del Distrito Federal, que se transformarían en Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE).

Cada AMGD y UMAE tendrían un presupuesto propio y una administración desconcentrada, independientes de la delegación a la cual habían estado incorporadas, pero conservando su dependencia normativa del nivel central.

El presupuesto de las AMGD se integraría con base a un sistema de “capitación”, conforme a la integración del número de derechohabientes adscritos a las unidades de medicina familiar de la zona o región. En ese presupuesto estarían incluidos los requerimientos para la operación tanto de las UMF como de los HGZ y HGR, y un presupuesto adicional específicamente destinado para cubrir las necesidades de salud de los pacientes que requirieran del tercer nivel de atención, a través de una referencia a las UMAE.

El presupuesto de las UMAE se integraría con las partidas transferidas por los HGZ o HGR para la atención de los pacientes que les fueran referidos. Las partidas presupuestales transferidas se asignarían con base en el nivel de complejidad de cada paciente, conforme al Sistema de Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), al cual se sumarían los recursos autogenerados por la propia UMAE.

Por razones estratégicas dependientes de la situación política y sindical vigentes en el IMSS, se determinó que el proceso de desconcentración se iniciaría por las UMAE, para completarse con la desconcentración de las AMGD, a pesar de que el orden era el contrario en su planeación original.

Con el propósito de dar curso al proceso de desconcentración de la operación de las unidades médicas de tercer nivel de atención del IMSS, se determinó la puesta en operación del *Proyecto*

Unidades Médicas de Alta Especialidad (Proyecto UMAE), como uno de los tres proyectos prioritarios del Instituto para el periodo 2001-2006, junto con el *Proyecto de Mejora de Medicina de Familia* y el *Proyecto PREVENIMSS* de Salud Pública.

El envío y retorno de pacientes entre los hospitales generales regionales o de zona y las UMAE, continuaría siendo regido por el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes por Nivel de Atención.

Selección de las UMAE

Los criterios para la selección de las UMAE fueron que atendieran principalmente pacientes con padecimientos tributarios de atención de alta especialidad, contar con equipamiento de alta tecnología, realizar educación en salud con alto nivel académico e investigación en salud. Veinticinco hospitales cumplieron con los requisitos propuestos.

Se incluyó como “Unidades Complementarias” de las UMAE a cuatro unidades de medicina física y rehabilitación, incorporadas a hospitales de traumatología y ortopedia, tres hospitales psiquiátricos y tres bancos centrales de sangre, incorporados a los hospitales de especialidades correspondientes.

Los hospitales de Traumatología y de Ortopedia de Magdalena Salinas se integraron en una sola unidad médica con la denominación del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Magdalena de las Salinas, y el Hospital de Infectología se integró con el Hospital General, ambos del Centro Médico Nacional La Raza.

Los hospitales de Especialidades 1 de Ciudad Obregón, Sonora, Especialidades 1 de Mérida, Yucatán, y Gineco-Pediatria de Veracruz, Ver., se reubicaron en el segundo nivel de atención como hospitales generales de zona o regionales, para apoyar el déficit de camas de segundo nivel existente en las delegaciones donde están ubicados.

Desconcentración y marco normativo

Se realizaron gestiones ante el H. Consejo Técnico para formalizar la integración de los hospitales seleccionados como UMAE. Entre el 22 de octubre de 2003 y el 19 de enero de 2005, el

H. Consejo Técnico autorizó la operación de 25 UMAE y 10 Unidades Médicas Complementarias (Acuerdos 389/2003, 5 al 18/2004, 148/2004, 447/2004 y 5/2005).

Con el propósito de conducir un desempeño uniforme de las UMAE, se integró un marco normativo que regulara su operación, con base en documentos oficiales y normas autorizadas por el H. Consejo Técnico (cuadro I).

Organización

- *Concepto de UMAE.* Unidad de atención médica con operación administrativa desconcentrada, dependiente de la Dirección General del IMSS, facultada para realizar actos de administración y celebrar convenios, en representación de la institución; que otorga servicios de alta especialidad, con oportunidad, calidad, eficiencia y seguridad; equipamiento de tecnología compleja; que forma personal especializado, genera

Cuadro I
Marco normativo de las UMAE

Norma	Autorización oficial
Guías de supervisión y evaluación de la Dirección de Prestaciones Médicas	Acuerdo HCT 227/2003
Sistema de información, evaluación y rendición de cuentas de las UMAE	Acuerdo HCT 227/2003
Reglamento de organización interna del IMSS	Diario Oficial de la Federación del 19 de junio de 2003 ¹
Reglamento de organización interna del IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social. Direc. Jurídica 2003 ²
Lineamientos para la operación de las UMAE como órganos de gestión desconcentrada	Acuerdo HCT 265/2003
Manual de organización de las UMAE	Acuerdo HCT 3/2004
Lineamientos generales de operación de las juntas de gobierno de las UMAE	Acuerdo HCT 4/2004
Reglamento interior del IMSS	Diario Oficial de la Federación del 18 de septiembre de 2006 ³

conocimiento y desarrollo tecnológico a través de la investigación científica, conforme a la normatividad vigente y está sujeta a una puntual rendición de cuentas.

- *Misión de las UMAE.* Otorgar atención médica de alta especialidad a los usuarios de los servicios, con oportunidad y calidad, con competencia profesional, seguridad, y respeto a los principios éticos de la práctica médica; que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas; formar personal de salud especializado; generar conocimiento y desarrollo de tecnología a través de la investigación científica; dentro de un marco de administración desconcentrada de los recursos, eficiente y efectiva, con autosuficiencia financiera y transparencia en la rendición de cuentas.

- *Visión de las UMAE.* Constituir centros de atención médica de alta especialidad, que se conviertan en líderes en la medicina nacional e internacional, con prestigio reconocido por la calidad de los servicios que otorgan, formación de especialistas de alto nivel, generación de conocimientos nuevos y desarrollo de tecnología, como resultado de investigación científica; autoadministrados, con suficiencia financiera resultante de la generación y ejercicio eficiente y efectivo de sus recursos, que garanticen abasto completo y oportuno, equipamiento moderno y desarrollo profesional de sus trabajadores.

- *Políticas.* a) Operación a nivel de excelencia, atención, educación e investigación médicas, con desarrollo progresivo de autosuficiencia financiera y transparencia en la rendición de cuentas. b) Autonomía de gestión administrativa con respeto de la normatividad Institucional. c) Integración funcional con el primer y segundo nivel de atención.

Objetivos

Partiendo del concepto de UMAE, con apego a su misión, visión y políticas, la operación de las UMAE se dirigió hacia el logro de los siguientes objetivos:

- *Objetivo principal.* Otorgar atención médica centrada en el paciente, con oportunidad, calidad, seguridad y respeto a los principios éticos, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas y las de los prestadores de servicios; formación de especialistas de alto nivel; desarrollo de conocimientos a través de la in-

vestigación y administración eficiente y transparente de los recursos institucionales.

- *Objetivos secundarios.* a) Contar con instalaciones y equipo suficientes y funcionales, en congruencia con los servicios que se requiere prestar. b) Contar con personal suficiente y capacitado para realizar las funciones requeridas. c) Alcanzar el abasto oportuno, suficiente y con la calidad requerida. d) Implantación del Expediente Clínico Electrónico y del Sistema Computarizado de Administración Hospitalaria, que permita un adecuado registro y control de los pacientes durante su estancia hospitalaria, así como de sus prescripciones.

Mejora continua de la calidad

La atención médica con calidad se abordó conforme al siguiente concepto: “otorgar atención médica a los pacientes, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.^{4,8}

Para lograr la operación de las UMAE a nivel de excelencia, se estableció el Programa de Calidad en las UMAE en tres grandes vertientes:

- *Certificación de los Hospitales.* Participar en el proceso de Certificación de las UMAE que está siendo realizado por la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, dependiente del Consejo de Salubridad General de la Secretaría de Salud.⁹ Hasta el segundo cuatrimestre de 2006 todas las UMAE participantes fueron certificadas.

- *Premio IMSS de Calidad.* Participar en el Premio IMSS de Calidad convocado anualmente por la Dirección General del IMSS, a través de la Unidad de Calidad y Normatividad,¹⁰ mediante el cumplimiento de los criterios de calidad marcados en el instructivo del Premio. En los últimos seis años, siete de las 25 UMAE han obtenido el Premio. Adicionalmente, dos de ellas han obtenido premios estatales de calidad y dos más el Premio INTRAGOB del Gobierno Federal.

- *Autoevaluación integral.*⁴ La evaluación integral de las UMAE está diseñada para llevarse a cabo mediante un proceso de autoevaluación, con base en la aplicación de las Guías de Supervisión y Evaluación de las UMAE, normadas

por la Dirección de Prestaciones Médicas y autorizadas por el H. Consejo Técnico (Acuerdo 227/2003).

Evaluación e información

La evaluación de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios se realiza mediante el Sistema de Información, Evaluación y Rendición de Cuentas (Acuerdo del H. Consejo Técnico 227/2003), a través del análisis de la información y la monitorización de los promedios mensuales de 10 indicadores,¹¹ análisis comparativo en relación con el periodo previo, el indicador o el estándar correspondiente y las unidades médicas de características similares (cuadro II).

Para los indicadores de eficiencia en la utilización del recurso físico instalado y de eficiencia en la utilización de los auxiliares de diagnóstico en que no existen indicadores normados, se determinó la media por tipo de hospital, con base en los valores del año previo, ajustándola por la exclusión de los valores extremos y se calcularon ± 1 y ± 2 desviaciones estándar (cuadro III).

Cuatrimensualmente se rindió un informe de cada UMAE al H. Consejo Técnico, a la Dirección General, a la Dirección de Prestaciones Médicas, a la Unidad de Atención Médica y se retroinformó a cada una de las UMAE.

El ejercicio eficiente, efectivo y transparente del presupuesto se evalúa trimestralmente con participación del Órgano Interno de Control en las reuniones de evaluación de las UMAE, antes denominado Comité de Control y Auditoría (COCOA).

Héctor G. Aguirre-Gas
Proyecto UMAE

Resultados

Sistema de información, evaluación y rendición de cuentas

En los informes cuatrimestrales al H. Consejo Técnico se evalúan 10 indicadores de desempeño por UMAE, haciendo un total de 250 indicadores, correspondientes a las 25 UMAE, con excepción de los dos indicadores de laboratorio en sendas UMAE que carecen de este servicio y dos indicadores de rayos X en otra unidad que no cuenta con ese servicio, quedando un total de 244 indicadores.

Al cierre del tercer cuatrimestre de 2004, de 244 indicadores 127 estaban dentro de rango (52 %) y 117 fuera de rango (48 %). En los cuatrimestres 1, 2 y 3 de 2005, el número de indicadores dentro de los rangos y estándares fue de 141 (58 %), 162 (67 %) y 181 (74 %), respectivamente; en tanto que en los cuatrimestres 1 y 2 de 2006 se informó 197 (81 %) y 201 (82 %),

Cuadro II
Sistema de información, evaluación y rendición de cuentas (Acuerdo 227/2003 del H. Consejo Técnico)

Indicador	Rango	Referencia
Calidad		
Porcentaje de mortalidad	Indicador $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Periodo previo -Hospitales similares
Eficiencia: proceso de atención		
Índice de subsecuencia	Indicador $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Periodo previo
Promedio de días de estancia	Indicador $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Hospitales similares
Eficiencia: utilización de recurso		
Consultas por consultorio	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Periodo previo
Porcentaje de ocupación	Indicador $85 \pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Hospitales similares
Cirugías por sala de operaciones	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	
Eficiencia: aux. de diag. tratam.		
Exámenes lab/100 consultas	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Periodo previo
Exámenes lab/100 egresos	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	-Hospitales similares
Estudios rayos X/100 consultas	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	
Estudios rayos X/100 egresos	Media $\pm 5\%$ y $\pm 10\%$	

Cuadro 3
Sistema de información, evaluación y rendición de cuentas. Indicadores, medias y desviación estándar

		Especialidades	Gineco- logía	Trauma- tología	Pediatría	Cardiología	Gineco- pediatría	General e Infecto	Oncología
Consultas/ consultorio	+ 2σ	373	472	602	442	187	462	312	212
	+ 1σ	319	382	473	306	147	427	285	196
	χ	265 ± 54	291 ± 91	344 ± 129	169 ± 137	107 ± 40	392 ± 35	257 ± 28	179 ± 17
	- 1σ	211	201	216	34	67	356	230	163
	- 2σ	157	111	87	-103	26	322	203	147
Egresos/cama	+ 2σ	5.52	5.93	4.74	4.72	3.79	8.17	2.63	5.72
	+ 1σ	4.80	5.47	4.09	3.87	3.43	7.77	2.42	5.40
	χ	4.07 ± 0.73	5.01 ± 0.46	3.45 ± 0.64	3.02 ± 0.85	3.08 ± 0.35	7.38 ± 0.39	2.21 ± 0.21	5.08 ± 0.32
	- 1σ	3.35	4.55	2.81	2.17	2.72	6.97	1.99	4.76
	- 2σ	2.62	4.09	2.17	1.32	2.37	6.57	1.78	4.45
Cirugía/sala	+ 2σ	88	200	115	86	86	360	71	60
	+ 1σ	77	172	99	78	69	337	64	56
	χ	65.7 ± 11.3	144 ± 27.9	82.8 ± 16.2	70.3 ± 8.05	52.0 ± 16.9	314.3 ± 22.6	57.2 ± 6.72	51.0 ± 4.92
	- 1σ	54	116	67	62	35	291	50	46
	- 2σ	43	88	50	54	18	268	43	41
Laboratorio/ consulta	+ 2σ	6.00	4.00	4.00	5.00	11.0	x	7.00	6.00
	+ 1σ	4.96	2.99	2.67	4.71	7.54	x	5.97	5.07
	χ	3.58 ± 1.38	1.68 ± 1.31	1.8 ± 0.87	3.92 ± 0.79	4.52 ± 3.02	x	5.22 ± 0.75	3.94 ± 1.13
	- 1σ	2.21	0.38	0.93	3.14	1.50	x	4.47	2.80
	- 2σ	1.00	-1.00	0.00	2.00	-2.00	x	4.00	2.00
Laboratorio/ egreso	+ 2σ	79	31	37	69	94	x	56	22
	+ 1σ	59	22	28	55	73	x	48	19
	χ	39 ± 20	13 ± 9	19 ± 9	41 ± 14	52 ± 21	x	41 ± 7	15 ± 4
	- 1σ	19	4	10	27	32	x	33	12
	- 2σ	-1	-5	1	13	11	x	25	8
Radiodiagnóstico/ consulta	+ 2σ	0.28	0.38	2.77	0.50	0.78	0.23	0.29	0.30
	+ 1σ	0.23	0.30	2.10	0.35	0.58	0.21	0.28	0.27
	χ	0.17 ± 0.06	0.21 ± 0.09	1.43 ± 0.67	0.2 ± 0.15	0.37 ± 0.21	0.19 ± 0.02	0.26 ± 0.02	0.25 ± 0.02
	- 1σ	0.12	0.12	0.75	0.05	0.16	0.17	0.24	0.22
	- 2σ	0.07	0.04	0.08	0.00	-0.04	0.14	0.23	0.20
Radiodiagnóstico/ egreso	+ 2σ	1.93	1.53	2.26	4.83	4.10	0.68	1.03	0.95
	+ 1σ	1.48	1.11	1.77	3.99	3.65	0.61	0.90	0.88
	χ	1.02 ± 0.46	0.64 ± 0.47	1.28 ± 0.49	3.14 ± 0.85	3.19 ± 0.46	0.55 ± 0.06	0.78 ± 0.12	0.81 ± 0.07
	- 1σ	0.56	0.18	0.79	2.30	2.73	0.48	0.66	0.74
	- 2σ	0.11	-0.29	0.31	1.46	2.27	0.42	0.54	0.67
Subsecuentes/ primera vez	+ 10 %	6.60	4.40	4.40	6.60	5.50	3.30	6.60	7.70
	+ 5 %	6.30	4.20	4.20	6.30	5.25	3.15	6.30	7.35
	Indicado	6	4	4	6	5	3	6	7
	- 5 %	5.70	3.80	3.80	5.70	4.75	2.85	5.70	6.65
	- 10 %	5.40	3.60	3.60	5.40	4.50	2.70	5.40	6.30
Promedio de días de estancia	+ 10 %	8.45	5.25	7.80	9.00	8.92	4.27	10.60	5.67
	+ 5 %	8.06	5.01	7.44	8.59	8.52	4.07	10.12	5.41
	Indicado	7.68	4.77	7.09	8.18	8.11	3.88	9.64	5.15
	- 5 %	7.30	4.53	6.74	7.77	7.70	3.69	9.16	4.89
	- 10 %	6.91	4.29	6.38	7.36	7.30	3.49	8.68	4.6%
Ocupación hospitalaria	+ 10 %	93.50	93.50	93.50	93.50	93.50	93.50	93.50	93.50
	+ 5 %	89.25	89.25	89.25	89.25	89.25	89.25	89.25	89.25
	Indicado	85	85	85	85	85	85	85	85
	- 5 %	80.75	80.75	80.75	80.75	80.75	80.75	80.75	80.75
	- 10 %	76.50	76.50	76.50	76.50	76.50	76.50	76.50	76.50
% mortalidad	+ 10 %	6.34	1.42	1.35	4.16	5.07	0.81	7.13	5.10
	+ 5 %	6.05	1.35	1.29	3.97	4.84	0.78	6.80	4.87
	Indicado	5.76	1.29	1.23	3.78	4.61	0.74	6.48	4.64
	- 5 %	5.47	1.23	1.17	3.59	4.38	0.70	6.16	4.41
	- 10 %	5.18	1.16	1.11	3.40	4.15	0.67	5.83	4.18

cifras que acreditan una mejora continua (cuadro IV).

Los resultados presentados muestran que en el proceso de transición hacia la desconcentración, la calidad y la eficiencia en la operación de las UMAE no tan solo no se ha deteriorado, sino que ha venido mejorando progresivamente.¹²

Se dio atención especial en las siguientes áreas de oportunidad con resultados no satisfactorios:

- El bajo índice de consultas por consultorio, subsecuencia elevada, promedio prolongado de días de estancia hospitalaria, porcentaje de ocupación excesivo y las cirugías por sala de operaciones por abajo de lo esperado, como representantes de la eficiencia y capacidad resolutoria en las áreas de consulta externa, hospitalización y cirugía, sus repercusiones presupuestales y la disponibilidad de oferta de servicios.
- Los índices de estudios de laboratorio y radio-diagnóstico por 100 consultas y por 100 egresos, por su repercusión en el ejercicio presupuestal.
- La mortalidad particularmente alta en un hospital de especialidades, habiéndose identificado una mortalidad excesiva por neumonía y septicemia, sugiriendo que correspondieran a infecciones intrahospitalarias. Adicionalmente se determinó el registro estadístico incorrecto de defunciones ocurridas en urgencias como mortalidad hospitalaria.

Como puede observarse, aún queda 18 % de indicadores fuera de rango, representando un área de oportunidad como problemas por resolver.

Autoevaluación integral

En estudios previos se ha demostrado la efectividad de la autoevaluación integral para identificar problemas operativos en diferentes hospitales,^{13,14} haciendo necesario implantar y poner en operación diferentes acciones para su prevención y corrección en aquellos hospitales en que se presentaron.

Se describen los problemas identificados con mayor frecuencia en el inicio de operación¹² y los avances al segundo cuatrimestre de 2006:¹⁵

- *Áreas físicas insuficientes o inadecuadas para la prestación de los servicios con calidad.* Se asignó a las UMAE presupuesto de 540 970 220 pesos

para obras de adecuación arquitectónica de las áreas físicas, instalaciones y su equipamiento, con lo cual se contará con instalaciones suficientes y funcionales. Para agosto de 2006 se había alcanzado un avance físico de las obras de 57.7 % y un avance financiero en el ejercicio del presupuesto de obra de 45 %.

- *Equipamiento insuficiente, necesidad de reponer equipos obsoletos o con problemas de mantenimiento y de modernizar la tecnología de los existentes.* Se calculó un requerimiento de 1 449 633 397 pesos para la adquisición de la totalidad de los equipos requeridos, sin haberse logrado obtener disponibilidad presupuestal. En 2004 y 2006 se había asignado a las UMAE en cada año presupuestos de 175 millones de pesos para la adquisición de equipos menores requeridos con urgencia.
- *Cobertura insuficiente de plazas de base y confianza, tanto por el nivel central, como por el delegacional.* Se logró un incremento progresivo de la cobertura de plazas de confianza hasta alcanzar 89 % y operativas hasta 92.2 %, cercano a la meta de 94 %.
- *Capacitación insuficiente del personal directivo.* Se ha desarrollado un extenso programa de capacitación directiva con enfoque prioritario a directivos, mandos medios y área de enfermería. Se impartieron un total de 47 cursos, con 2192 asistentes. Se incluyeron el Programa de Alta Dirección de Empresa en el Instituto Panamericano de Alta Dirección de Empresa (IPADE), con 47 participantes, y Diplomados de Dirección en Salud, en el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), con 19 participantes.

- *Avances insuficientes en la implantación del Expediente Clínico Electrónico y del Sistema Computarizado de Administración Hospitalaria.* En todas las UMAE se encuentra en proceso el Programa para la Implantación e Expediente Clí-

Cuadro IV
Sistema de información, evaluación y rendición de cuentas evaluación de la calidad y eficiencia

Año	2004		2005			2006						
	Cuatrimestre Tercero		Primero		Segundo	Tecero		Primero		Segundo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dentro de rango	127	52	141	58	162	67	181	74	197	81	201	82
Fuera de rango	117	48	103	42	82	33	63	26	47	19	43	18

nico Electrónico y el Sistema de Administración Hospitalaria VISTA, con avances diferentes en equipo pendiente de ser surtido y en la capacitación. En otras, los Programas están operando con diferentes grados de avance. En promedio, de las 25 UMAE el Sistema de Información en Consulta Externa Hospitalaria se encuentra en operación con un avance de 53.69 % y el Sistema de Administración Hospitalaria VISTA con un avance de 22.93 %.

■ *Observaciones del Órgano Interno de Control no resueltas.* A través de las evaluaciones realizadas por el Órgano Interno de Control se determinó que el nivel de abasto y el surtimiento de recetas ha mejorado progresivamente de 77.80 % en diciembre de 2005, a 96.04 % en promedio en agosto de 2006; en tanto que los derechohabientes con medicamentos surtidos completos aumentaron de 78.1 a 91.9 % en el mismo periodo (cuadro V).

En evaluación practicada por el Órgano Interno de Control a las UMAE en enero de 2007, se concluyó que existía avance significativo en el proceso de desconcentración en los ejercicios 2004, 2005 y 2006; había áreas de oportunidad en relación a capacitación del personal en el área de finanzas, capacitación en el ciclo del abasto y control de inventarios, mayor difusión del Manual de Organización de las UMAE entre el personal de las Unidades; existían inconsistencias evitables en la contratación de adquisiciones y obras públicas, así como atención y solución sistemática a las observaciones del Órgano Interno de Control.

■ *Abasto inoportuno e insuficiente.* El nivel de abasto de medicamentos y material de curación (Sistema BRIO) se incrementó de 79 % en diciembre de 2005 a 93 % en agosto de 2006 (cuadro V).

■ *Ejercicio deficiente del presupuesto.* Con relación al ejercicio del presupuesto de operación, se asignó un total de 16 855 911 pesos, habiéndose ejercido un total de 12 494 013 pesos al mes de septiembre, correspondiente a 74.12 %, cifra muy cercana a 75 % esperado al corte de septiembre. Dentro del estándar de 75 ± 5 % se encontraron 10 UMAE, ocho por arriba de 80 % y siete por abajo de 70 %. Teniendo en cuenta los ajustes normales de fin de año, se amplió el rango de evaluación a 75 ± 10 %, encontrándose 20 UMAE dentro del rango, una por arriba de 85 % y cuatro abajo de 65 %. Estas cifras hacen pensar que no habrá carencias en la disponibilidad presupuestal al fin del año para la adquisición de medicamentos.

■ *Detección, prevención y control de infecciones intrahospitalarias insuficientes.* El programa de prevención y control de las infecciones hospitalarias ha tenido resultados inconsistentes, haciendo necesaria la adopción de cuatro proyectos prioritarios para prevenir y controlar infecciones: a) lavado sistemático de manos; b) prevención de infecciones asociadas a ventiladores; c) prevención de infecciones asociadas a líneas vasculares; d) prevención de infecciones en heridas quirúrgicas.

■ *Oportunidad insuficiente en consulta externa y cirugía.* La oportunidad en consulta externa, con una meta de 95 %, se logró 92.9 % en 10 días hábiles; en tanto que en cirugía se alcanzó 84.16 %. Los principales diferimientos fueron en cirugía de corazón y ortopedia, como consecuencia de insuficiencias en recurso físico instalado, personal para desarrollar más equipos quirúrgicos en turnos diferentes al matutino e insumos de alto costo.

■ *Educación médica.* Cuenta con 2605 especialistas en formación en 25 sedes.

■ *Investigación.* Se publicaron 429 trabajos en revistas indexadas y 192 en revistas no indexadas. Se cuenta con 191 investigadores calificados y se graduarán 50 alumnos en maestrías y doctorados (cifras a septiembre, proyectadas a diciembre de 2006).

Cuadro V
Abastecimiento de medicamentos y material de curación

	2005 (%)	2006 (%)
Derechohabiente con medicamentos surtidos completos	78.1	91.9
Recetas con medicamentos surtidos completos	87.9	96.0
Nivel de abasto de insumos hospitalarios	79.0	92.3

Programas en proceso

- Conclusión de las obras en curso.
- Adquisición de los equipos requeridos.

- Cobertura de plazas conforme a los indicadores normados.
- Capacitación continua.
- Implantación del Expediente Clínico Electrónico y del Sistema Computarizado de Administración Hospitalaria.
- Mejorar la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Mejorar la oportunidad en la atención médica en consulta externa y cirugía.
- Continuar con educación médica e investigación de alta calidad.

La autosuficiencia financiera se dará a futuro en cuanto se lleve a cabo la transferencia de costos por la atención otorgada a los pacientes referidos por los hospitales de segundo nivel de atención.

Conclusiones

El Proyecto UMAE es un proceso en evolución que se inició con el propósito de alcanzar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, en la enseñanza y la investigación médicas, la administración eficiente y la autosuficiencia financiera. El hecho de que un hospital hubiera sido aceptado para ser una UMAE no lleva implícito que a partir de ese momento se hubiera transformado en una unidad a nivel de excelencia, éste es solamente el primer paso, es el inicio del proceso.

En países europeos donde se ha implantado este proceso de desconcentración se ha requerido cinco años en promedio para lograrlo. En el IMSS, desde el inicio del programa se tienen avances muy significativos.

Contar con la participación del nivel delegacional, particularmente una estrecha comunicación con las jefaturas delegacionales de prestaciones médicas, para facilitar a los usuarios los procesos de referencia y contrarreferencia; con los directivos de las UMAE, a través de mostrar apertura y sensibilidad a las necesidades de los pacientes; y de la coordinación con otras áreas de la institución; con el personal operativo, que en conciencia de las bondades del proyecto se involucre y participe para el logro de sus fines; y, finalmente, con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, para

que a través de un mejor conocimiento de sus beneficios para usuarios y trabajadores de la Institución, se sume al proyecto.

La suma de voluntades permitirá consolidar el Proyecto UMAE y alcanzar una mejor calidad de atención para los derechohabientes de nuestra Institución.

Agradecimientos

Al personal de la Coordinación de UMAE (2003-2006) y al personal directivo y operativo de las UMAE, que aceptó el reto y participó en forma comprometida para apoyar, desarrollar y hacer crecer el Proyecto UMAE. Sin el trabajo en equipo y el esfuerzo realizado, los avances logrados no hubieran sido posibles. Especial mención requieren los integrantes de las juntas de Gobierno, tanto del Sector Obreiro como del Patronal y del Gubernamental, que cabalmente asumieron su papel de apoyo a las UMAE.

Referencias

1. Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación del 19 de junio de 2003.
2. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección Jurídica, Coordinación General de Comunicación Social. Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; 2003.
3. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Diario Oficial de la Federación del 18 de septiembre de 2006.
4. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica. Tercera edición. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)/Noriega Editores; 2002.
5. Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. Cir Cir 2004;72:503-510.
6. Fernández-del Castillo, C, Torres-Valadez F, Aguirre-Gas H. Código de ética. México: Academia Mexicana de Cirugía; 2002.
7. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñan F. El error médico. Eventos adversos. Cir Cir 2006;74:495-503.
8. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Publica Mex 1990;32:170-180.
9. Secretaría de Salud, Consejo de Salubridad General, Comisión Nacional de Certificación de Establi-

Héctor G. Aguirre-Gas
Proyecto UMAE

- mientos de Atención Médica. Certificación de Establecimientos de Atención Médica. México: SS; 2001.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Administración y Calidad. Unidad de Calidad. Premio IMSS de Calidad 2001-2006. México: IMSS; 2001.
 11. Aguirre-Gas H. La informática al servicio de la calidad y la eficiencia en la atención médica. *Rev Med IMSS* 2002;40(4):349-358.
 12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de UMAE. Informe al H. Consejo Técnico. Tercer cuatrimestre de 2004. México: IMSS; 2005.
 13. Aguirre-Gas H. Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. *Cir Cir* 1995;63:110-114.
 14. Aguirre-Gas H. Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel. *Rev Med IMSS* 1999;37(6):473-480.
 15. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de UMAE. Informe al H. Consejo Técnico. Primer y Segundo Cuatrimestres de 2006. México: IMSS; 2006. 