

Calidad efectiva de los servicios de salud

Effective quality in health services

Francisco Hernández-Torres,¹ Héctor Aguirre-Gas,² Javier Santacruz-Varela¹
 Enrique Gómez-Bernal,¹ Sebastián García-Saisó,² Luis Rubén Durán-Fontes²

RESUMEN

Los sistemas de salud buscan la mejora continua de la calidad con eficiencia y efectividad para lograr resultados óptimos en la atención de los pacientes y sus familias. Sin embargo existe una amplia variación en los procesos y resultados. Se propone una base conceptual y metodológica de la calidad efectiva centrada en el paciente como producto de una atención técnica y cálida, con una adecuada gestión y aplicación de recursos, que se define como *otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y con costos razonables*. Se desagrega la efectividad para enfatizar el resultado, el impacto en la salud de las personas, y la modificación positiva de su estado de bienestar mediante un modelo multinivel que impulse la mejora continua de la calidad en cuatro niveles: individual, los microsistemas, las organizaciones y el sistema nacional de salud y, que además retome las fuerzas impulsoras para su éxito: liderazgo, cultura organizacional, desarrollo de microsistemas en equipos de alto desempeño y tecnologías de la comunicación y de la información.

Palabras clave: calidad efectiva en salud, modelo multinivel en salud, microsistemas clínicos.

ABSTRACT

Health systems look for a continuous improvement on quality with efficacy and efficiency to achieve ideal results in the attention to patients and to their families. However, there is an ample variation in the processes and results. An effective conceptual and methodological basis is proposed, focused on the patient as a product of a warm and technical attention with an appropriate management and application of resources that are defined as to give medical opportune attention to the patient with professional competency, safety and respect to the ethical principles of medical practice that allows to fulfill the patient's health necessities, its expectations and within a reasonable price. The efficacy is disintegrated to emphasise the result, the impact on the person's health and the positive modification on its well-being through a multilevel model that motivates the continuous improvement of the four-level quality: individual, microsystems, organizations and the national health system; and it also resumes the propel forces for its success: leadership, organized culture, microsystems development in high-performance equipment, and communication and information technologies.

Keywords: Effective quality in health, multilevel model on health, clinic microsystems

¹ Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.

² Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud.

Folio 235/2013 Artículo recibido: 30-07-2013 Artículo reenviado: 15-08-2013 Artículo aceptado: 05-09-2013

Correspondencia: Dr. Francisco Hernández Torres. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. Homero 213 piso 12, Col. Chapultepec Morales, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11570, México D.F. Correo electrónico: francisco.hernandez@salud.gob.mx.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud buscan, en el ámbito de la calidad, la mejora continua y los resultados óptimos en la atención de los pacientes y sus familias, así como mejorar su costo y efectividad. Sin embargo, se reconoce que existe una amplia variación tanto en los procesos como en los resultados. El ejemplo sobresaliente es el reconocimiento público que hizo el Institute of Medicine en 1999, sobre la magnitud de errores médicos cometidos en los Estados Unidos y sobretodo, la gravedad en que pueden terminar los casos de mala práctica médica.¹ Sin duda, este condicionante unido a otros sobre la detección de eventos adversos en la prestación de servicios de salud son fuente de alimentación para generar en el presente siglo XXI, la "Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes" dirigida por la Organización Mundial de la Salud.² Adicionalmente y desde una perspectiva de pares, en los Estados Unidos e Inglaterra, se percibe que la calidad de la atención se ha deteriorado en los últimos 20 años, con base en un consenso médico que indica que entre 45 y 60% de los médicos están de acuerdo con esta apreciación.³

Con el propósito de contribuir a integrar una base conceptual y metodológica denominada *calidad efectiva*, iniciaremos proponiendo un concepto centrado en el paciente, obtenido a través del acercamiento y discusión con profesionales y pacientes para conocer cuál es su visión de una atención médica de calidad. Esta reflexión concluyó con la siguiente definición de calidad de la atención médica:

"Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y con costos razonables".⁴

Dentro de esta definición se puede observar, que en una primera parte están contenidos cuatro elementos relativos al proceso de la atención: la oportunidad, la competencia profesional del personal médico, la seguridad en el proceso de atención y el respeto a los principios éticos de la práctica médica; a continuación se presentan tres elementos relacionados con los resultados: el impacto en materia de salud, como consecuencia de la satisfacción de las necesidades de salud del paciente; la satisfacción de los pacientes por haber visto cumplidas sus expectativas, en cuanto a la atención recibida; y por último, lo razonable de los costos generados por la atención, con cargo según el caso: a los propios pacientes, a las instituciones de salud del sector público o a cargo de las compañías de seguros.

En la evaluación del impacto logrado a través de la

prestación de los servicios de salud, es necesario tener en cuenta tanto la mejoría de los niveles de salud de la población, como la mejoría de la imagen de las instituciones públicas, como consecuencia de la satisfacción de las expectativas de pacientes y familiares con los servicios recibidos, y por último, una administración eficiente de los recursos disponibles.

Elementos conceptuales de la Calidad Efectiva

El primer elemento en el proceso de atención con calidad, es la *oportunidad de la atención*, sin embargo, antes de pretender una atención oportuna, es necesario tener en cuenta la accesibilidad a los servicios, determinada por distancias geográficas, vías de comunicación, medios de transporte, limitantes culturales, limitantes económicas, la disponibilidad o no de aseguramiento social por el paciente o simplemente la disponibilidad de los documentos necesarios para que se le otorgue la atención.

En la operación de los servicios el concepto de oportunidad se reconoce como *"otorgar la atención al paciente en el momento que la necesita"*; es decir, en el momento que es apropiado que la reciba, sin retrasos cuando se requiera, pero sin anticiparse cuando sea necesario o benéfico otorgarla con posterioridad, en virtud de que en ese momento el paciente pudiera no estar en condiciones de recibirla, sin exponerlo a riesgos o complicaciones en forma innecesaria. En la búsqueda de la oportunidad de la atención, es necesario tener en cuenta los tiempos de espera en consulta externa y sobre todo en los servicios de urgencias, donde los retrasos pueden ser críticos. El diferir una atención hospitalaria o la práctica de una intervención quirúrgica, puede ocasionar que la enfermedad del paciente evolucione y se complique, con incremento de la morbilidad y la mortalidad, mayores costos de atención e indudablemente la insatisfacción del paciente.

El segundo elemento de la calidad de la atención, es la *competencia profesional* por parte del personal responsable de otorgarla, desde un enfoque científico y técnico, para ello es necesario contar con los conocimientos médicos vigentes y la pericia para llevar a cabo los procedimientos médicos o quirúrgicos que se estén ofreciendo; así mismo la experiencia como resultado de haber practicado esos procedimientos, en un número suficiente de pacientes, que permita al médico, su realización con solvencia profesional. Es importante que el médico cuente con conciencia ética, que lo conduzca a cuidar las expectativas y necesidades del paciente. Para que la atención médica pueda ser considerada como de

calidad, debe ser congruente con las necesidades de salud del paciente; si no lo fuera, por falta de equipos, instrumental, insumos o competencia profesional del personal de salud, es necesario referir al paciente al nivel de atención que corresponda, donde se le pueda atender con calidad efectiva.

El tercer componente sobre la *"seguridad de los pacientes"* se genera desde el momento mismo que un usuario de servicios de salud elige a su médico y el médico lo acepta como su paciente; con ello, se establece la relación médico paciente que lleva implícito un compromiso profesional y moral, que obliga al médico a realizar su mejor esfuerzo y poner de por medio todos sus conocimientos, habilidades y experiencia, al servicio del paciente y a éste a coparticipar con el médico, atendiendo a sus indicaciones y cumpliendo con la participación que le corresponda, para conseguir su recuperación.

Aun cuando no quede establecido de manera explícita, también se genera un compromiso legal, a través del cual, el médico es responsable de otorgar una atención médica, conforme a la *lex artis* y a responder ante las autoridades, en caso de mala práctica y daño para el paciente. Ningún prestador de servicios de salud inicia una relación con los pacientes con el propósito de hacerles daño o de ocasionar algún incidente, por el contrario, busca en la medida de sus posibilidades generar un ambiente de seguridad en la prestación de sus servicios. Es conveniente considerar que cuando un paciente acude a solicitar atención, su expectativa primordial o única, es obtener la satisfacción de sus necesidades de salud; es decir, recuperarse de su enfermedad, sin que en ningún momento pase por su mente la posibilidad de sufrir un daño o adquirir otra enfermedad, como consecuencia de la atención recibida, situación que puede ocurrir a causa de eventos adversos. Es obligación del prestador de servicios tener en cuenta que se deben prevenir los eventos adversos a través de controlar los riesgos y cumplir con los procedimientos para su prevención, de manera escrupulosa.

El cuarto componente sobre la *ética médica*, se define como la *"disciplina que analiza y fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida"*.⁵ Los principios éticos de la práctica médica, están contenidos en diversos códigos de ética, habiendo sido normados en 1995 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a través de la *"Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos"*.⁶

El cumplimiento de los Códigos de Ética, se encuentra en la esfera de los compromisos morales de la práctica médica, no sujetos a sanciones administrativas o pena-

les. Sin embargo un número importante de los principios éticos, se encuentran respaldados por preceptos legales, en las leyes, reglamentos y normas, cuyo cumplimiento, es obligatorio. Ocho son los principios éticos de la práctica médica emanados de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:⁶

- Principio de beneficencia: que señala que todos los esfuerzos de la práctica médica, deben estar dirigidos a beneficiar al paciente. Este principio está ligado al principio correlativo de no maleficencia, que indica que la atención médica nunca debe estar dirigida a producir daño al paciente. La mejor forma de beneficiar al paciente es a través de una atención con calidad efectiva. Los beneficios que se hubieran logrado, a través de la atención de los pacientes, deben ser evaluados en función de los riesgos a los que hubo necesidad de enfrentarse y a los gastos requeridos para lograrlos. Siempre se debe buscar un riesgo y un costo beneficio, aceptables para el paciente. El beneficio del paciente debe ser promovido, exponiéndolo al mínimo riesgo y con los costos más bajos posibles.
- Principio de equidad: establece que la atención médica, debe ser otorgada a los pacientes, sin distinciones, privilegios, ni preferencias. Sin embargo, el mismo principio de equidad señala, que no se puede tratar como iguales a desiguales. Y ¿cuál sería ese motivo de desigualdad, que implicaría dar preferencia a un tipo de pacientes sobre otros?, pues únicamente sus necesidades de salud, que nos lleva a dar prioridad en la atención a los pacientes con mayores o más urgentes necesidades de salud, es decir, más graves. La equidad incluye criterios relacionados con el género, raza, religión, preferencias sexuales, preferencias políticas, edad, discapacidad, posición socioeconómica, y recomendaciones.
- Principio de autonomía: se refiere al derecho de los enfermos adultos, en pleno ejercicio de sus facultades mentales, para decidir libremente lo que ha de hacerse con su persona.⁵ Para tal efecto, se debe solicitar a los pacientes su anuencia, para la realización de los diferentes procedimientos de la práctica médica. En aquellos procedimientos que sean invasivos o que representen riesgos, mutilación o control de la fertilidad, el consentimiento debe ser por escrito y previa información: sobre el procedimiento en sí, sus riesgos, sus consecuencias y su pronóstico. En caso de niños y de personas con limitaciones en sus facultades mentales, la persona legalmente responsable, deberá tomar la decisión, teniendo en cuenta en primer término, el beneficio del paciente, sus intereses y su opinión (decisión asociada). La participación de los pacientes en trabajos de investigación, siempre

debe ser en beneficio de ellos, estar libre de dolor, de riesgos y siempre se debe respetar su negativa a participar.

- Principio de confidencialidad: representa el derecho del paciente, para que se respete el secreto en la información derivada de la relación médico-paciente misma que no puede ser revelada sin la autorización del propio paciente o la orden de un juez. Es necesario cuidar que la confidencialidad sea respetada en el expediente clínico, en conversaciones informales y por todos los miembros del equipo de salud.
- Principio de respeto de la dignidad: señala que se debe otorgar atención al enfermo, en consideración a los derechos humanos, a las libertades fundamentales y universales, a su consciencia, su voluntad, sus principios, sus derechos y a su condición de enfermo. Se debe tratar al paciente con la consideración que como ser humano merece, en forma personalizada y amable. En los enfermos crónicos y terminales, debe evitarse la obstinación terapéutica y acudir en el momento oportuno a la medicina paliativa, sin desatender sus necesidades vitales y procurar un ambiente sereno, preferentemente en el seno de la familia, en previsión del momento en que ocurra la muerte.
- Principio de solidaridad: invita al médico a suscribirse al compromiso moral de ceder sus percepciones o parte de ellas a los pacientes que lo ameriten; a compartir sus conocimientos y su experiencia, con los compañeros que requieren de su apoyo profesional y en situaciones adversas y a ofrecer sus enseñanzas a los alumnos a quienes se haya comprometido a preparar.
- Principio de honestidad: es el valor del ser humano que lo conduce a actuar y a expresarse con apego a la verdad, a la ley, a las normas, a los principios éticos y morales y a la confianza depositada en él. El médico debe desempeñarse con veracidad, profesionalismo, integridad y transparencia; corresponder a la confianza y cumplir con los compromisos establecidos con el paciente, con los superiores y con la institución en que labora. Está comprometido a otorgar atención médica de alta calidad a sus pacientes y como consecuencia de ello a mantenerse actualizado en sus conocimientos y habilidades y a mantener su certificación vigente. No es aceptable legalmente, atender pacientes en una especialidad diferente a aquella en que se preparó y está certificado. La relación del médico con el paciente y su familia, debe limitarse a lo estrictamente profesional y evitar conflictos de interés en beneficio propio. Es deshonesto aceptar las dicotomías por interconsultas o estudios diagnósticos y terapéuticos y se debe evitar la medicina defensiva.

- Principio de justicia: otorgar la atención que requiera el paciente para satisfacer sus necesidades de salud, conforme a la ley, a la ciencia médica, a su padecimiento y a la razón. Este principio ético tiene como soporte principal el derecho constitucional a la protección de la salud y nos compromete a otorgar al paciente la atención que su padecimiento requiera. Está proscrito por ley la negativa de otorgar atención a pacientes en casos de urgencia y el abandono de pacientes, al igual que la práctica de procedimientos ilegales.

Sería de esperarse que cuando el proceso de atención se realiza correctamente, con oportunidad, competencia profesional, sin eventos adversos y con respeto a los principios éticos de la práctica médica, los resultados serían los esperados en términos de calidad; sin embargo, en la práctica médica, esto no se puede garantizar, por lo que es necesario evaluar la magnitud en que las necesidades de salud han quedado satisfechas como consecuencia del proceso de atención.

Se mencionó que los pacientes mantienen en su mente la expectativa de recuperar la salud, lograr la curación de su padecimiento. No obstante esto es variable en todos los casos, porque no todas las enfermedades son curables cuando el grado de su gravedad ha rebasado las posibilidades de recuperación, por lo cual es necesario informar con oportunidad al paciente o sus familiares sobre su pronóstico, de tal manera que sus expectativas sean congruentes con la realidad vigente y no ocurran sorpresas desagradables al final del proceso, que den lugar a quejas y demandas. Si la enfermedad es curable (una bronquitis aguda o apendicitis), el paciente espera curarse y el compromiso del médico es ofrecerle ese resultado para que sus expectativas queden satisfechas. Por otro lado, cuando el paciente es diabético o hipertenso, que acuden por descontrol de su padecimiento, o un paciente con úlcera péptica reactivada, el médico no puede comprometerse a ofrecerle "curación", sino únicamente control de su padecimiento, puesto que una vez que hayan desaparecido sus manifestaciones, si los factores que ocasionaron el descontrol vuelvan a estar presentes, la enfermedad se manifestará nuevamente. En suma, no se puede ofrecer la curación de una enfermedad crónica en la mayoría de los casos.

Existen enfermedades que no es factible llegar a controlar, tal es el caso de la insuficiencia renal crónica, en la cual, es factible lograr su mejoría como resultado de una sesión de hemodiálisis, a través de disminuir los niveles de urea, creatinina, potasio, acidosis; y con eritropoyetina o transfusión de paquete globular, se puede mejorar la anemia. Sin embargo una vez que el tratamiento ha

terminado la enfermedad da lugar a que las alteraciones se vuelvan a desarrollar, hasta llegar a los niveles previos. El control y eventualmente la curación, podrían lograrse únicamente con un trasplante.

Una etapa más compleja, está representada por los pacientes en fase terminal, en quienes ningún tratamiento curativo que pretenda ofrecerle control o mejoría es útil, por lo cual habrá que proponerle medidas y tratamiento paliativo y abstenerse de la obstinación terapéutica. En todas las etapas, pero particularmente en estas últimas, el médico está comprometido a ofrecer apoyo moral a sus pacientes, que les facilite un tránsito sereno hacia la muerte.

Además de los resultados de la atención médica, los pacientes tienen expectativas de recibir una atención con calidez humana, lo que Donabedian denominó como "amenidades". Esperan que los servicios sean oportunos, en instalaciones adecuadas, suficientes, limpias, iluminadas y ventiladas; contar con personal suficiente y capacitado para otorgarles la atención que requieren; que no falten insumos para la atención, como los medicamentos o el material de curación. Los pacientes esperan que la atención no se interrumpa por falta de personal o insumos, que el trato sea personalizado y amable, que se les de toda la información que necesiten y se respeten sus decisiones, al aceptar o no, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos por sus médicos; comodidad en el proceso de atención y que los costos sean razonables, cuando la atención se lleve a cabo en un medio privado.

Otro aspecto, sin duda, que repercute en la calidad efectiva de forma intrínseca, es la gestión y aplicación de los recursos financieros, puesto que de ellos depende el funcionamiento de los establecimientos tanto del personal en salud como de las herramientas e insumos que se requieren para la prestación de los servicios. Es por ello que una adecuada gestión de recursos contribuirá de manera positiva a la calidad efectiva, que evidentemente se verá reflejada en las percepciones no sólo de los usuarios, sino también del personal que opera dentro las unidades, logrando así la armonización de quienes utilizan los servicios (pacientes) como de quienes los prestan (personal en salud).

La combinación de resultados (producto de la calidad técnica), la atención cálida de los prestadores de servicios, y la adecuada gestión y aplicación de recursos, la reconoceremos como *calidad efectiva*, ya que logra la solución de los problemas de salud de los pacientes y logra como consecuencia, la mejoría del nivel de salud de la población. Sin duda parecerá un pleonasma hablar de calidad efectiva, ya que la efectividad se encuentra implícita en el concepto mismo de calidad, sin embargo, hoy en día es fundamental colocar un adjetivo al sustantivo

calidad, que lo modifique y enfatice, ya que el concepto de efectividad nos refiere al resultado, al impacto en la salud de las personas, a la modificación positiva de su estado de bienestar.

Calidad efectiva en los servicios de salud en México

México tiene una historia y experiencia acumulada de más de cincuenta años de impulsar la calidad de los servicios de salud. A partir del sexenio 2001-2006 la calidad en la atención en los servicios de salud, recibió una atención relevante por parte del Estado Mexicano, mediante la implantación y desarrollo dentro del Programa Nacional de Salud,⁷ de la "Cruzada Nacional por la Calidad".⁸ Para el sexenio 2007-2012, se estableció como objetivo incorporar a la calidad de la atención médica, dentro de la agenda nacional de los servicios de salud y para ello se dispuso del "Programa SICalidad".⁹

No obstante, los esfuerzos institucionales por avanzar en la mejoría de la calidad de la atención, se realizó en México un ejercicio para evaluar la calidad de los servicios de salud desde una perspectiva de salud pública,¹⁰ encontrando cinco debilidades sistémicas:

- La política de calidad aún no se ajusta a la realidad del Sistema Nacional de Salud.
- Los estándares de calidad no han alcanzado a ser homologados entre las instituciones públicas.
- Existe escasa participación social en la evaluación de la calidad.
- Se presenta insuficiente apoyo a las Entidades Federativas para evaluar los servicios de salud.
- Existe una reducida utilización de los resultados de evaluaciones para la toma de decisiones.

Los avances alcanzados en esta década son palpables, sin embargo, en la actualidad es indispensable dar un paso adelante y lograr que la calidad de la atención se manifieste a través de su impacto en la mejora de los niveles de salud de la población. Las intervenciones en salud deberán desarrollarse en todos los frentes, tanto en la promoción, como en la prevención, la atención médica y la rehabilitación, haciendo necesario que en cada uno de ellos, se logren los objetivos propuestos y se alcancen las metas requeridas.

Para lograr la calidad efectiva de la atención médica, se requiere establecer un sistema de gestión de calidad centrado en el paciente, con esquemas de garantía y aseguramiento, que incluyan incentivos de mejora continua, que permita la evaluación permanente y que impacte en la percepción general de los servicios prestados. Un abordaje integral precisa de rediseñar las acciones de promoción de la calidad, con enfoque innovador para alcanzar mayor efectividad e impacto.

Modelo Multinivel para el cambio

¿Qué se requiere para mejorar la calidad en un sistema nacional de salud?

Se requiere un enfoque de cambio a todos los niveles con la participación incluyente de los generadores de políticas, tomadores de decisiones en los ámbitos asistencial, académico y de investigación, profesionales de salud que otorgan directamente los servicios y representantes de la sociedad organizada. Con esta base, es necesario considerar cuatro características esenciales de un esfuerzo exitoso para la mejora de calidad:

1. Liderazgo en todos los niveles.
2. Cultura de aprendizaje en todo el proceso de atención.
3. Desarrollo de equipos multidisciplinarios de trabajo efectivos.
4. Mayor uso de las tecnologías de información y comunicación para la mejora continua y la rendición de cuentas.

Cuando se habla de cambio e innovación, deben considerarse tres posibles dimensiones: el nivel o extensión (desde los microsistemas hasta los macrosistemas), el tipo (progresivo o radical) y el modo (impositivo de arriba hacia abajo o voluntario de abajo hacia arriba).

Por lo que se refiere a nuestro Sistema Nacional de Salud, habremos de retomar las experiencias logradas a lo largo de los últimos 12 años, encabezadas por las anteriores políticas y estrategias nacionales de calidad en México (La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud⁸ y el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD)⁹ considerando además un enfoque situacional, es decir, en algunos casos se requerirá un impulso progresivo o gradual para las mejoras y en otros casos se realizarán cambios radicales o de reingeniería cuando los resultados de los estudios se orienten a un mayor costo-beneficio.

De la misma manera, se incluirá el modo bidireccional donde confluyan las propuestas normativas y regulatorias así como las que se originen desde los grupos locales de salud. Es importante señalar que el mayor impacto en la salud de la población sucede cuando se aborda el problema de manera integral e integrada de al menos cuatro niveles básicos para impulsar la mejora de calidad: a) individual, b) los grupos o equipos de trabajo (también conocidos como microsistemas), c) la organización o mesosistema y, d) el entorno, medio ambiente o macrosistema (Sistema Nacional de Salud). Cabe mencionar que estos cuatro niveles son interdependientes y que las metodologías de calidad (como la mejora continua de la calidad y la gestión de calidad total) aplican para cada nivel.

a) El primer nivel se refiere a los individuos. Las acciones de mejora de calidad en este nivel incluyen la educación continua, la capacitación y adiestramiento en servicio, la retroinformación, el benchmarking o evaluación comparativa, las guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos y el desarrollo de liderazgo. Debe considerarse la actitud individual en cada esfera de trabajo, que transita desde aquellos que promueven el cambio hasta los que consuetudinariamente lo rechazan. Así los líderes de opinión de las diferentes áreas profesionales en los diferentes niveles del sistema pueden ser más efectivos en conducir la adopción de las mejores prácticas basadas en la evidencia en el ejercicio regular de cada encuentro del equipo de salud con los pacientes y sus familias.

b) El segundo nivel se refiere a los equipos de trabajo o microsistemas integrados por los recursos humanos, financieros y tecnológicos organizados en procesos para prestar los servicios de salud a los pacientes y sus familias. Este es el nivel más importante para lograr impactos en calidad, porque es la estructura básica del Sistema Nacional de Salud, equivale a la célula para el organismo vivo o la familia para la sociedad. Aquí converge la práctica profesional, la formación del recurso humano en salud, la gestión y aplicación de los recursos, aquí se aplica la calidad, la seguridad y se gesta la satisfacción de los pacientes y sus familias.¹¹ Las acciones de mejora incluyen el rediseño de procesos, el desarrollo del trabajo en equipo, las auditorías, la aplicación de herramientas y metodologías de mejora de calidad, la adecuación de las guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos.

El punto crítico es desarrollar equipos interdisciplinarios de trabajo con excelente comunicación y respuesta a las necesidades de retroinformación para atender las necesidades de salud con un enfoque centrado en el paciente y su familia y que responda a los retos de las múltiples necesidades y demandas de atención que exigen por ejemplo, los adultos mayores con múltiples padecimientos crónicos y que constituyen una proporción importante de la población mexicana.

c) El tercer nivel es el organizacional (que incluye el institucional), donde aplica la cultura organizacional. Definida como: un patrón de supuestos básicos, inventado, descubierto o desarrollado por un determinado grupo de cómo aprende a lidiar con sus problemas de adaptación externa y de integración interna, que ha funcionado bastante bien para ser considerado válido y, por lo tanto, se debe enseñar a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas.¹² Se puede entender como el conjunto de normas, valores creencias

y prácticas que influyen en la forma de actuar de los individuos y grupos de una organización en particular y que reflejan "como se hacen las cosas aquí".³ En este nivel es donde generalmente se adoptan las metodologías de mejora continua de calidad y la gestión total de calidad. Se requiere que la organización adopte una actitud de aprendizaje de manera que el conocimiento se adquiera y se transfiera a los comportamientos habituales de trabajo de los microsistemas bajo su influencia. De acuerdo con el aprendizaje de otros países se debe poner especial atención en mantener fuerzas impulsoras de la mejora continua tales como políticas institucionales de alto nivel y su respectiva vigilancia en su cumplimiento y rendición de cuentas con consecuencias, la definición de estándares y el funcionamiento de sistemas de información adecuados, el involucramiento de los equipos de salud especialmente del área médica, y de los directivos de manera que ejerzan un liderazgo y apoyo efectivos. Otro aspecto fundamental es la flexibilidad que deben tener las organizaciones para adaptar las metodologías de calidad.

- d) El cuarto nivel corresponde al macrosistema, es decir, al Sistema Nacional de Salud. Incluye a los cuerpos colegiados de orden federal y estatal encargados de la generación de políticas, planes, normatividad, estrategias relacionadas con la calidad de los servicios de salud en los ámbitos de conducción, regulación, financiamiento, provisión, evaluación y supervisión (incluyendo la acreditación y certificación), investigación y enseñanza. Aquí también debe considerarse la participación social y la divulgación de la información a la población. Debe existir una alineación de intervenciones en todos los niveles para que se favorezca un impulso sinérgico en la mejora de la calidad. De manera que las políticas y programas nacionales sobre calidad se reflejen en los objetivos y metas tanto de las institucionales como de sus respectivos órganos administrativos y prestadores de servicios de salud, con el propósito que en el nivel de microsistemas se rediseñen los procesos y se favorezca el trabajo en equipo. A su vez, los diferentes líderes de los servicios de los establecimientos de salud deben considerar las diferencias individuales en necesidades, habilidades, competencias y preferencias para hacer más competitivos sus equipos de trabajo, es decir, convertirlos en equipos de alto desempeño. Esto no significa que todas las intervenciones se deban aplicar simultáneamente, pero sí debe valorarse su efecto en todos los niveles. Por ejemplo, la divulgación de resultados del desempeño afectará a todos los niveles.

Fuerzas impulsoras para el éxito del Modelo Multinivel Liderazgo. Implica la comunicación efectiva entre las partes interesadas. Una técnica grupal muy utilizada es la organización de foros que faciliten el intercambio de ideas y en donde se generen propuestas comunes de solución a las oportunidades de mejora en la atención de la salud de la población. Es esencial que en los líderes se conjunten las competencias y la flexibilidad para conducir las acciones de acuerdo con las diferentes situaciones y necesidades de los individuos y los grupos. Esto implica también la gestión del conocimiento de manera que se compartan y analicen las experiencias y se fomente una cultura de aprendizaje.

En algunos casos se requiere un adiestramiento en servicio con estrecha supervisión, en otras se requiere reforzar la autogestión delegando autoridad de manera que en los microsistemas se generen soluciones pertinentes. Por otra parte, los líderes deben decidir sobre las ventajas y desventajas de mantener la negociación y conducción hacia el logro de los objetivos y metas bajo las normas y cultura establecidas en sus organizaciones, mediante ciclos de mejora graduales o hacer cambios radicales en la forma de hacer las cosas e impulsar la innovación.

Desde el nivel nacional, los líderes políticos conjuntamente con las autoridades de gobierno deben promover cambios en las políticas salariales y regulatorias que propicien la mejora continua de la calidad. Un esfuerzo que debe ampliarse son los acuerdos de gestión donde el financiamiento sigue a los resultados pactados. Los líderes institucionales y de las organizaciones deben proveer una visión compartida y propia para sus organizaciones, que esté alineada al conjunto nacional, que se refleje en las decisiones para crear un entorno recíproco en donde la gestión de recursos se oriente a logros.

La característica fundamental del liderazgo en los microsistemas o equipos de alto desempeño es que realmente se desarrolle el trabajo en equipo interdisciplinario hasta convertirse en equipos de alto desempeño que hagan realidad la calidad efectiva y logren los resultados esperados. Se pueden considerar al menos cinco etapas en el liderazgo de los microsistemas¹¹ como equipos de alto desempeño: a) Crear conciencia de la visión y de la necesidad del cambio, b) Conectar los procesos regulares de trabajo con el enfoque centrado en el paciente y su familia y crear el sentido de microsistema, c) Responder exitosamente a un reto estratégico, d) Medir el desempeño del microsistema y, e) instrumentar exitosamente, múltiples mejoras en la atención de los pacientes y reforzar el sentido de microsistema. A nivel individual, los profesionales de salud tanto los que atienden a pacientes,

como los que realizan funciones de apoyo, directivos y administradores, deben ser sensibles y reflexionar sobre los cambios que necesitan realizar para hacer de la calidad efectiva una realidad en su práctica cotidiana.

Cultura organizacional. Se requiere comprender la multiculturalidad en cada nivel, a fin de que el liderazgo estratégico tome las decisiones pertinentes en la forma de instrumentar las políticas, programas, estrategias y acciones para el logro de calidad efectiva. Resulta entonces imprescindible el encuentro interdisciplinario y multinivel de líderes comprometidos con la calidad en foros donde confluyan los entornos gubernamentales, asistenciales, académicos, gremiales y de investigación, así como representantes de la sociedad organizada. El gran reto es construir consensos entre los profesionales de la salud para aplicar en los microsistemas, la filosofía de calidad efectiva, de manera que se reduzcan las variaciones innecesarias en la atención de la salud, se mantenga la actitud de aprendizaje continuo que adopte y adapte el nuevo conocimiento basado en las mejores evidencias para mejorar la atención y los resultados y se gestionen y apliquen los procesos y recursos con enfoque centrado en el paciente y su familia. Una experiencia asimilada es que los incentivos deben orientarse a aquellas prácticas que se desea establecer, por ejemplo, la adopción y aplicación regular de las guías de práctica clínica por los equipos de trabajo convertidos en microsistemas de alto desempeño.¹²

Desarrollo de microsistemas en equipos de alto desempeño. Al interior de los establecimientos y organizaciones de salud se establecen los procesos de atención a la salud en donde el paciente y los usuarios son o deben ser el centro hacia donde se dirigen las acciones y los resultados esperados. En la medida en que se desarrollen equipos de atención a la salud auto-gestionados y orientados hacia la calidad efectiva se alcanzarán los propósitos del Sistema Nacional de Salud. Entendiendo a los equipos de trabajo como un conjunto de personas que comparten propósitos y objetivos de trabajo, que en ese sentido son interdependientes, comparten responsabilidades para alcanzar los resultados planeados con reglas definidas y una identidad común propia.¹³ Se debe determinar su composición con enfoque de procesos incluyendo el tamaño del equipo de acuerdo con las tareas y la participación interdisciplinaria, eliminar las barreras de integración y de comunicación efectiva del equipo, esto incluye la reducción de los efectos negativos de las diferencias jerárquicas, el establecimiento preciso de las reglas o criterios de funcionamiento del equipo, de las responsabilidades individuales de cada miembro, así como del equipo en el entorno de la organización, liderazgo efectivo y manejo constructivo de conflictos.

También es importante recordar lo mencionado anteriormente para este nivel, en relación con la necesidad de la autogestión de los equipos y que implica la definición de su grado de autonomía, dependiendo de la importancia y complejidad de la tarea, la retroalimentación sobre su desempeño, las competencias requeridas, porque es un principio básico humano que el sentido de pertenencia nos mueve al compromiso y la responsabilidad para mejorar el desempeño y los resultados.

Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Se requiere intensificar los esfuerzos para que el Sector Salud incorpore los avances del conocimiento en esta materia en beneficio de los pacientes y la población en general. Un caso particular y esencial es la necesidad de instrumentar en forma generalizada el expediente clínico electrónico que además de facilitar la atención integral, segura y efectiva, mantenga los criterios de confidencialidad y portabilidad de la información, elementos indispensables en el fortalecimiento de las redes de servicio en un sistema de salud que avanza hacia la universalización de sus servicios, además de integrar las herramientas informáticas para las telecomunicaciones y gestión integral de procesos no sólo clínicos sino administrativos que haga más eficiente el desempeño de los microsistemas de salud. Otras posibilidades son el uso de internet para comunicar a los equipos de salud con sus pacientes, con propósitos de educación para la salud y manejo de padecimientos con enfoque preventivo. Esto puede resultar en mejora de la oportunidad y efectividad de la atención con un enfoque de atención continua en las personas que padecen principalmente enfermedades crónicas y fortalecimiento de las relaciones médico-paciente que disminuya también la demanda de servicios en las instalaciones de las unidades médicas y el costo de la atención. Otro aspecto importante es que las herramientas informáticas posibilitan que la información se utilice con propósitos epidemiológicos, de rendición de cuentas, de evaluación y seguimiento de la calidad y de los resultados en los diferentes niveles de atención.

Financiamiento en los servicios de salud. Resulta de vital importancia la reestructuración en el esquema del financiamiento de los servicios de salud para hacer eficaz y eficiente la gestión y la aplicación de los recursos. Aunque se ha avanzado en un esquema de financiamiento que da pie a la cobertura universal en la prestación de servicios de salud, es indispensable generar sistemas que permitan la planeación y aplicación de los recursos basados en esquemas de atención, abastecimiento, resultados e incentivos, en virtud de que actualmente la preocupación ha sido la cobertura universal, pero se ha dejado al descubierto el componente de calidad, que si bien es cierto que la calidad de la atención enfoca-

da al paciente y su familia es importante, también lo es la aplicación de los recursos. La falta de planeación o una mala asignación de los recursos pueden repercutir significativamente en la calidad efectiva, por ejemplo, el desabasto de medicamentos, falta de insumos o de personal en salud.

A continuación se muestra un esquema que ilustra los conceptos del modelo de múltiples niveles para el cambio en salud trabajando en conjunto con las fuerzas impulsoras y detractoras para la mejora de la calidad efectiva de los servicios de salud. Figura 1.

CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud Mexicano tiene un poco más de una década de haber iniciado su incursión, de manera sectorial, en la gestión de calidad de los servi-

cios de salud. En sus primeros objetivos estratégicos, se estableció la necesidad de posicionar la calidad en salud, como un valor del sistema, para luego establecerla como parte de la agenda permanente de la política nacional en salud, ahora toca impulsar más el enfoque hacia la obtención de logros en la atención efectiva de la salud en la población mexicana. Se requiere fortalecer la coordinación intrasectorial e intersectorial, más por el convencimiento de las instituciones de fortalecer el bien común, que por medio de la regulación, aunque se requieren adecuaciones estructurales y funcionales para establecer una metodología homogénea en la gestión de calidad que privilegie la importancia del bienestar y desarrollo humano de los pacientes y sus familias, así como de los prestadores de servicios. Una propuesta razonable y probada en otros países, es el modelo multinivel centralizado en los microsistemas clínicos, donde

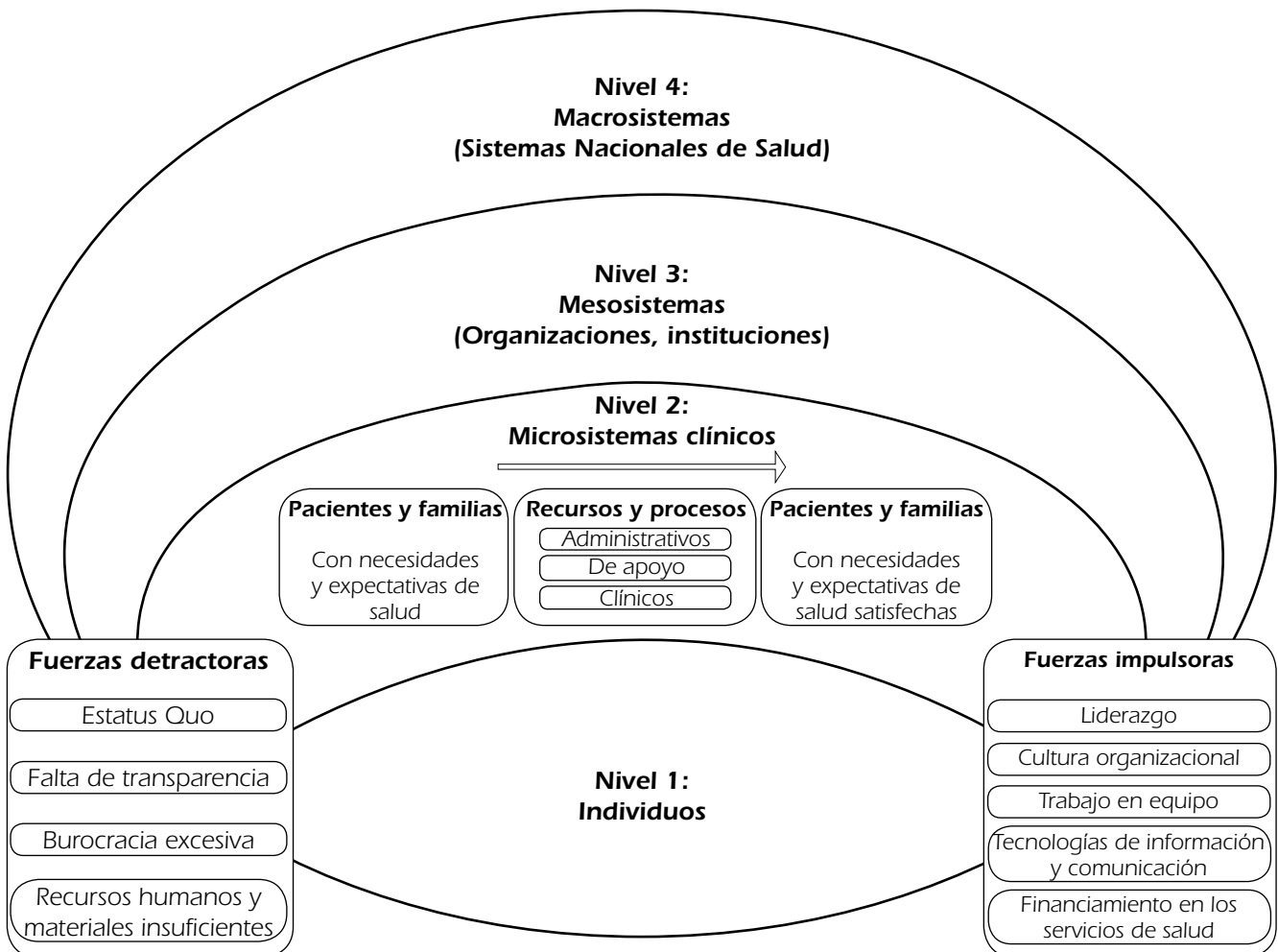


Figura 1. Modelo multinivel para la calidad de la atención.

la relación equipo de salud y pacientes con sus familias adquiere su máxima intensidad e importancia.

REFERENCIAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Report From the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 1999.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2013 [acceso 2013-07-01]. Disponible en: <http://who.int/patientsafety/es/>.
3. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the Quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*. 2001;79(2):281-315. [acceso 2013-03-08] Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751188/pdf/milq_206.pdf.
4. Aguirre Gas H. Calidad de la Atención Médica (Tercera Edición ed.). México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores; 2002.
5. Aguirre-Gas H. Principios Éticos de la Práctica Médica. *Cir Ciruj*. 2004;72:503-510.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París, Francia: UNESCO; 2006.
7. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud. México: Secretaría de Salud; 2001.
8. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud . México: Secretaría de Salud; 2001.
9. Programa de Acción Específico 2007-2012: Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México: Secretaría de Salud; 2007.
10. Fajardo DG, Santacruz VJ, Hernández TF, Rodríguez SJ. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. *Rev CONAMED* 2011. 16(3): 114-126.
11. Clinical Microsystems [Internet]. Dartmouth: Microsystem Academy, Dartmouth College; c2013 [acceso 2013-07-01]. Disponible en: <http://www.clinicalmicrosystem.org/>.
12. Schein EH. (Feb. de 1990). Organizational Culture, *Psychologist, American*, Vol. 45, No. 2, 109-119. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de <http://www.machon-adler.co.il/readers/reader56.pdf>.
13. Cohen SG, Bailey DE. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *J Manag* 1997; 23(3):239-90 [acceso 2013-03-12] Disponible en: http://www.stanford.edu/group/wto/cgi-bin/docs/Cohen_Bailey_97.pdf.