



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

CALIDAD Y SEGURIDAD HACIA LA SALUD DE POBLACIONES

DOCUMENTO DE POSTURA

Enrique Ruelas Barajas
Walverly Morales Gordillo



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

CALIDAD Y SEGURIDAD HACIA LA SALUD DE POBLACIONES

Recomendaciones para una Política Pública
de Mejora Sistémica de la Calidad



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel†

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

CALIDAD Y SEGURIDAD HACIA LA SALUD DE POBLACIONES

DOCUMENTO DE POSTURA

Coordinadores:

**Enrique Ruelas Barajas
Walverly Morales Gordillo**



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguir y Seljas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
Intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

Calidad y Seguridad hacia la salud de poblaciones.

Recomendaciones para una Política Pública de Mejora Sistémica de la Calidad

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-503-0



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Dirección editorial

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

LDG Marcela Solís
Diseño y diagramación de interiores

DCG Marco A. M. Nava
Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Coordinadores

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Presidente, Academia Nacional de Medicina

Dra. Walverly Morales Gordillo
Responsable Estatal de Calidad,
Secretaría de Salud del Estado de Morelos

CONTENIDO

Presentación	IX
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Introducción: ¿Por qué una Cumbre Latinoamericana sobre Calidad y Seguridad hacia la salud de poblaciones?	XI
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Mensaje del Institute for Healthcare Improvement	XV
<i>Maureen Bisognano</i>	
Mensaje de la Secretaría de Salud de México ¿En qué hemos avanzado y cuáles son nuestros retos?	XVII
<i>Mercedes Juan López</i>	
Experiencias internacionales exitosas de mejora de la calidad	1
1. Hacia la triple meta	3
2. Experiencias de mejora de la calidad de atención primaria: el caso de Sudáfrica	7
3. Mejora de la calidad en la atención primaria, enfermedades crónicas: el caso de Community Health Alliance	9
4. Atención de diabetes, enfoque centrado en poblaciones: el caso de Kaiser Permanente	11
5. Mejora de la calidad de la atención materno-infantil en América Latina.....	15
6. Mejora de la calidad desde el hospital hacia la comunidad: el caso de Cincinnati Children's Hospital	19
7. Mejora de la calidad en un sistema hospitalario: el caso de Premier	23
8. Desarrollo y uso de indicadores de Calidad en salud: la perspectiva de la OCDE	27
9. Involucramiento de altos directivos en estrategias nacionales de mejora de calidad: el caso de Ghana	31
10. Establecimiento de una estrategia nacional de mejora de calidad: hacia la salud de las poblaciones y la seguridad de los pacientes	35

11. Bloques constructivos para una estrategia nacional de calidad en salud	37
Conclusiones	47
Recomendaciones	51
Colaboradores	57

VIII

PRESENTACIÓN

Desde 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL aniversario de la fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar activa y permanentemente esta función. Para ello, se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante e inédito apoyo del Conacyt. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Con objeto de enriquecer estas diferentes posturas, el PRAP incluye también la realización de seminarios nacionales e internacionales. La “Cumbre Latinoamericana por la Calidad y Seguridad hacia la salud de las poblaciones: catalizar la mejora de los Sistemas de Salud” es un excelente ejemplo de un evento internacional del más alto nivel que, dentro del subprograma “Problemas del Sistema de Salud”, reunió a un grupo de los expertos más connotados en el campo de la mejora de la calidad de diversas latitudes, que fueron invitados a participar no sólo por sus conocimientos teóricos, sino principalmente por la capacidad que han demostrado de articular conceptos mediante estrategias, hacerlas realidad y demostrar resultados reconocidos ampliamente, de los que pudiesen ser tomadas las lecciones aprendidas para producir recomendaciones de política pública para México, que finalmente fue el propósito de este evento.

Cabe señalar que este documento, a diferencia de la mayoría de los documentos de postura realizados por la Academia como parte de esta colección de aniversario, fue solicitado expresamente por la Dra. Mercedes Juan López, Secretaria de Salud, debido a su preocupación por el tema. Por

ello, el evento fue organizado conjuntamente con la Secretaría de Salud y con el apoyo técnico del Institute for Healthcare Improvement.

La secuencia lógica del programa de este seminario partió de un marco de referencia sobre la “Triple Meta” propuesta por el Institute for Healthcare Improvement hace algunos años, con objeto de mejorar la salud, mejorar las experiencias de atención y, de esta manera abatir los costos per cápita en sistemas de salud. La intención fue exponer experiencias concretas de estrategias para mejorar la calidad tanto en África, Estados Unidos, América Latina y Europa. Además, esta Cumbre se planeó de manera que las experiencias fuesen sobre atención primaria, como los casos de Sudáfrica, Cambridge Health Alliance y Kaiser Permanente; atención comunitaria desde el hospital, como ha sido la experiencia del Cincinnati Children’s Hospital; mejora de sistemas hospitalarios, como el caso de Premier; y mejora de la calidad en sistemas de salud, como en Escocia y Ghana. Un tema fundamental fue el de los indicadores internacionales para medir la calidad de los sistemas y para ello fue invitado el mayor experto internacional, responsable del tema para la OCDE. Para concluir, se presentó un marco de referencia para construir estrategias nacionales a partir de los aprendizajes y la sistematización de éstos en tres casos concretos: Inglaterra, México y, finalmente, diez países de África y Asia que configuraron la “Joint Learning Network”, financiada por la Rockefeller Foundation. Se pensó también que a través de estas presentaciones se ilustraran las estrategias de mejora de la calidad para temas que han sido y son grandes problemas de salud como, por ejemplo, la diabetes o la atención materno-infantil.

En conclusión, como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que han aceptado participar en la elaboración de estos documentos y en los seminarios organizados para tal efecto con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo de dos años correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de veinte Documentos de Postura y un número aproximadamente igual de seminarios, un hecho sin precedente en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello, en el que se presenta la síntesis de todas las ponencias de este seminario y las recomendaciones que surgen de estas exposiciones. De esta manera, con esta publicación la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple cabalmente el encargo presidencial de 1912 al responder a una solicitud concreta de la Secretaría de Salud, sino que además, demuestra su alto compromiso con la calidad de la atención y con la salud de la nación mexicana.

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Presidente

INTRODUCCIÓN

¿Por qué una Cumbre Latinoamericana sobre Calidad y Seguridad hacia la salud de poblaciones?

La Cumbre Latinoamericana sobre Calidad y Seguridad hacia la Salud de las Poblaciones, se enmarca como un ejercicio entre la Academia y la Secretaría de Salud con el respaldo técnico del Institute for Healthcare Improvement y el financiamiento del Conacyt, para contribuir a la mejora de la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Se trata de establecer el punto de arranque hacia una nueva estrategia nacional de calidad para México.

¿Y por qué una *Cumbre Latinoamericana sobre calidad y seguridad, hacia la salud de poblaciones*? Porque seguimos buscando cómo mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes. Lo hacemos por lo menos por cinco razones importantes:

- *La primera es porque la calidad y la seguridad son siempre un blanco móvil.* En la medida en la que avanza la ciencia y la tecnología, los conocimientos y las expectativas de la población, la calidad es siempre un blanco a alcanzar.
- *La segunda razón es porque no estamos satisfechos.* Seguimos preocupados por la seguridad de los pacientes, por los desperdicios que hay en el sistema, por las variaciones en las conductas prescriptivas y los criterios terapéuticos en los sistemas de salud, preocupaciones presentes no sólo en México, sino en todos los países.
- *En tercer lugar, porque seguimos teniendo creencias que aunque han sido superadas por algunos, siguen siendo vigentes para otros.* Por ejemplo, persiste el pensamiento de “*más es mejor*”: si tenemos más hospitales, más médicos, más enfermeras, más inversión, nuestro sistema será mejor, o en plural, nuestros sistemas serán mejores, lo cual es parcialmente cierto pues debemos tener a los mejores médicos, las mejores enfermeras, los mejores hospitales; pero si los procesos no son correctos de nada sirve, **si el compromiso con los pacientes no es suficientemente claro, la inversión no es suficiente.** Otra de las creencias es “*Como no hay, no se puede*”... pero precisamente, cuando hay deficiencia de recursos es cuando

más se debe cuidar la calidad y la gestión del riesgo. Una creencia más es pensar que *“la calidad es abstracta, por lo tanto, no es posible medirla”*, y entonces tampoco mejorarla con base en información, es subjetiva. Esta afirmación es cierta en cuanto a que *la calidad es abstracta*, pero es posible medirla y se han logrado grandes avances en la ciencia de la mejora continua. Otro concepto equivocado es que *“los que se dedican a la calidad, estorban, quitan tiempo”* y entonces se piensa que la calidad se limita al discurso, a la persuasión o a la motivación, como un medio superficial para que los demás hagan bien las cosas. Pero lejos de ser discurso, la calidad se muestra con hechos, se mide y puede hacerse casi tangible. Finalmente, otros piensan que *“la calidad es una cosa y la salud es otra”*, sin entender que no es posible mejorar la salud, si lo que se hace para cuidarla no se hace con calidad.

- *La cuarta razón es porque tenemos que hacer cosas nuevas, demostrarnos a nosotros mismos que podemos mejorar.* Desde hace trece años en nuestro país escribimos juntos una estrategia nacional, la cual operó durante seis años con el nombre de Cruzada Nacional por la Calidad. Seis años después se hicieron ajustes y se llamó SICALIDAD. Trece años después reconocemos que tenemos que cambiar, no porque estemos haciendo mal las cosas, sino porque siempre podemos mejorar, de esto se trata la calidad.
- *La quinta, es un factor clave: la voluntad, la convicción de nuestra Secretaria de Salud,* Dra. Mercedes Juan, quien se preocupa por la calidad y ha solicitado a la Academia Nacional de Medicina el apoyo para seguir avanzando en conjunto. Hemos avanzado a través de varias etapas en este país, desde varios esfuerzos aislados hasta crear desde el año 2000 una plataforma única. Hoy **es el tiempo de enfocar, de ser convergentes**, ya no más plataformas genéricas para intentar mejorar la calidad, tenemos que ser específicos para mejorar qué, mejorar cuándo, mejorar cómo y con qué. Hoy cada Institución tiene su perspectiva por lo que a diferencia de hace trece años la nueva estrategia tendrá que considerar los avances, necesidades y características de cada institución, pero sin perder de vista que estamos hablando de un mismo país donde cada mexicano, independientemente del lugar o institución busque atención de salud y encuentre un alto nivel de calidad.

Entonces ¿por qué hablar de *salud de poblaciones*? precisamente porque se trata de enfocar. Estamos entrando en una nueva era donde la perspectiva sobre la calidad y los sistemas de salud se integran, donde tenemos que comprender que ya no basta sólo con tratar bien a un solo paciente, sino que atendemos a poblaciones con necesidades y expectativas comunes en las que debemos enfocarnos. Así, el objetivo de la Cumbre es encontrar nuevos caminos, estimulando la creatividad. No se trata de que nos digan qué hacer –hay quienes piensan de esta forma y de esta manera se subestiman pues escuchar siempre enriquece–, se trata de compartir experiencias concretas, con resultados, para pensar qué puede ser mejor para México, para crear y consolidar lo que es mejor para los mexicanos.

La Cumbre, y el presente documento, se estructuró de tal forma que aborda los grandes problemas de salud que aquejan a México. Seguimos preocupados por las muertes maternas y al mismo tiempo por la diabetes, la hipertensión, la obesidad. Por ello trataremos sobre la atención primaria, sobre la atención en hospitales y la integración de ambos para la atención de las poblaciones; hablaremos sobre las brújulas, hacia dónde ir; se tratarán indicadores internacionales de calidad y finalmente, se presentará cómo hacer para que los Sistemas aborden el problema de calidad en las poblaciones. Para ello, la Cumbre reúne experiencias cuidadosamente seleccionadas de una verdadera constelación de expertos, personajes exitosos que han sabido reconocer los problemas y la forma de superarlos.

No pensemos en el por qué no es posible mejorar la calidad, sino en el cómo sí. Pensemos en por qué no hacer más y de forma diferente lo que hacemos, pensemos en cómo mejorar continuamente, siempre. Sí tenemos que pensar en métodos, en sistemas, pero sobre todo, en las personas, en los rostros, en las miradas, en su sufrimiento y también en su satisfacción, ya sean pacientes, sus familiares, la población o incluso nosotros mismos.

XIII

Los invito a ser capaces de *imaginar lo impensable para lograr lo imposible, si aceptamos que lo imposible es lo que alguna vez pensamos que nunca podríamos lograr y que hoy vemos con nostalgia.*

Estoy seguro que estamos enmarcando una nueva era en la búsqueda de la calidad en nuestro Sistema de Salud, los mexicanos lo merecen, los latinoamericanos lo esperamos ¿seremos capaces de responder?

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Presidente de Academia Nacional de Medicina

MENSAJE DEL INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT

El Institute for Healthcare Improvement (IHI) tiene una gran misión: mejorar la atención de la salud en todo el mundo. Su modelo se fundamenta en *“todos enseñan y todos aprenden”*. En todo el mundo existen prácticas maravillosas de las cuales se puede aprender. En el IHI entendemos la magnitud de los problemas de salud a los cuales nos enfrentamos en todo el mundo y estamos convencidos que podemos encontrar soluciones juntos. La idea de que todos enseñan y todos aprenden ha sido fundamental desde que se estableció el IHI hace 25 años en Estados Unidos. Hemos encontrado que los problemas que estamos enfrentando son similares en otros países, dadas las demandas de las enfermedades crónicas y la persistencia o resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas. El IHI ha trabajado de forma conjunta para abordarlas.

Hace varios años el IHI comenzó a trabajar con médicos, enfermeras, personal de salud, administradores y ejecutivos para cerrar la brecha entre la atención que tenemos y entre la atención que queremos tener y la que necesitamos, sin embargo, gradualmente el IHI comenzó a trabajar con los Gobiernos, pensando en niveles nacionales, llevando recursos para la innovación y para la mejora, quedando claro que todo lo que podamos crear hoy producirá la salud para el mañana y por ello se comenzó a trabajar con ministros de salud y líderes en varios países para producir cambios a nivel internacional.

Lo más interesante es trabajar con la gente joven, con estudiantes de medicina, de enfermería, farmacia y otras áreas de la salud. En 2008 el IHI lanzó el Open School (Escuela Abierta para profesionales de la salud) para enseñar a los alumnos sobre cómo innovar y mejorar. Alrededor del mundo el IHI Open School cuenta aproximadamente con 140,000 alumnos, trabajando para mejorar la atención de la salud. Es muy interesante también ver a ministros de salud, a administradores y ejecutivos trabajando para el mejoramiento y a la gente joven que recién está aprendiendo sobre la atención a la salud comprometerse con energía a hacer mejor su trabajo, es decir, son profesionales de la salud que hacen su trabajo cotidiano, pero que tienen el conocimiento para mejorarlo todos los días.

En América Latina, existen alrededor de 6,000 alumnos del IHI Open School, que toman cursos de manera gratuita, personas que después de sus rotaciones clínicas dedican tiempo a esto, aprenden sobre liderazgo, sobre atención a los pacientes en centros hospitalarios, sobre la cultura de innovación y mejoramiento, sobre los métodos y herramientas que les ayudarán a proporcionar la atención médica que se necesitará para el mañana. Es un gusto para el IHI compartir esto y tratar de inspirarlos para mejorar, no sólo en México sino en Latinoamérica y en más países del mundo.

Maureen Bisognano

Presidenta y Directora
del Institute for Healthcare Improvement

MENSAJE DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO

No se puede aspirar a lograr un acceso efectivo de los servicios de salud sin asegurar la calidad. En México, la calidad ha sido y es actualmente un reto desde que inició la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Es destacable la actuación de diversas agrupaciones médicas, así como los procesos de acreditación que otorga la Secretaría de Salud y la certificación para los establecimientos de atención médica que realiza el Consejo de Salubridad General desde hace más de diez años, con el objetivo de garantizar que las unidades médicas tengan la mejor calidad.

XVII

Sin embargo, es momento de hacer un alto en el camino y reconocer que aún falta mucho por avanzar para lograr la visión global e integral de la cobertura universal con gestión de calidad. Es necesario considerar a los diversos sistemas de salud operando como organizaciones complejas, con múltiples procesos y estructuras que deben trabajar de forma coordinada en los diferentes niveles de responsabilidad y atención, incluyendo la atención clínica individual y también la poblacional y comunitaria. Necesitamos enfocar nuestras estrategias de calidad considerando la capacidad organizacional y los perfiles demográficos y epidemiológicos.

La calidad debe ser el resultado de un reordenamiento de los diversos elementos que componen los sistemas, reforzando la regulación de los establecimientos de atención médica y el actuar de los equipos de atención en todo momento, de ahí que el recurso humano es una de las columnas de este cambio, como una estrategia que modere el *modus operandi*. Se deben redefinir reglas y considerar a todos los actores y recursos disponibles tanto en el ámbito nacional como local para impactar en la mejora de los procesos de atención, tanto en la dimensión técnica de la calidad como en la interpersonal.

México tiene el compromiso explícito de trabajar en el acceso efectivo de los servicios de salud con calidad, esto es una política nacional consistente con las prioridades en materia de salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 define cinco estrategias:

- Avanzar en la construcción de un sistema de salud universal.
- Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
- Mejorar la atención de la salud de la población en estado de vulnerabilidad.
- **Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad.**
- Promover la cooperación internacional para la salud.

La *cuarta estrategia* abre la puerta para desplegar metodológicamente las líneas de acción que habremos de seguir, por lo cual, la Cumbre Latinoamericana sobre Calidad y Seguridad es de la mayor importancia, porque de aquí partirán una serie de situaciones y transformaciones a implementar en nuestras instituciones de salud.

Para México, la estrategia nacional de calidad es un tema transversal. Este ejercicio llega en un momento muy oportuno, donde todas las contribuciones y experiencias son sumamente útiles y podremos aprender e intercambiar experiencias de las mejores prácticas sustentadas en los diferentes países y en México.

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud de México

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES
EXITOSAS DE MEJORA DE LA CALIDAD



HACIA LA TRIPLE META

Maureen Bisognano,
Presidenta y Directora del Institute for Healthcare Improvement

1

Es tiempo de reflexionar sobre el pasado y los cambios que necesitamos para el futuro. Fineberg, en su artículo “A Global View of Health” publicado en The New England Journal of Medicine en Enero de 2013, refiere:

“La meta de la Salud Global es mejorar la salud para todas las poblaciones en todas las naciones, promoviendo el bienestar, eliminando enfermedades evitables, discapacidades y fallecimientos. Esto puede ser logrado combinando el cuidado clínico a nivel individual con las medidas de salud poblacional. Este esfuerzo ambicioso demanda comprensión de los determinantes de la salud, de las prácticas y de las soluciones, así como de la investigación aplicada sobre los factores de riesgo, las enfermedades y sus complicaciones”.

Esta es una visión ambiciosa, donde encaja el concepto de la “triple meta” propuesta por el IHI.

En América Latina existen grandes avances dignos de mencionar. En México, mediante el *Seguro Popular* se han logrado grandes avances en cuanto a la cobertura universal en menos de 10 años con más de 50 millones de personas antes no aseguradas que ahora son beneficiados por esta iniciativa. En Argentina, el *Plan Nacer*, un programa de seguro médico materno-infantil, ha dado el seguro básico y el acceso a la Seguridad Social a más de un millón de mujeres y niños antes no asegurados. En Brasil, el Sistema de Salud Unificado, al cual todos los brasileños están afiliados, ofrece un servicio coordinado, enfocado en la salud de familia y a la promoción de salud comunitaria. Estos son ejemplos del avance en la cobertura, sin embargo, **el reto de los sistemas de salud del futuro es evolucionar de la cobertura universal hacia la calidad universal.**

En México se detectan desafíos para este reto, como los siguientes:

- Incremento en la atención por diabetes, obesidad, enfermedades cardíacas y en general, las asociadas al estilo de vida.
- Existencia de un sistema de atención médico complejo, fragmentado, que representa desventajas relacionadas con la coordinación y comunicación.
- Desigualdades en cuanto a la calidad de la atención, derivadas de la fragmentación y la accesibilidad.
- Incremento de los costos en la atención médica privada.

Estos retos no son ajenos a otros países. Por ejemplo, Estados Unidos comparado con Latinoamérica tiene los menores índices de mortalidad por cáncer, el mejor control de sangre segura y una esperanza de vida al nacer mayor a 75 años. Pero se tienen los peores índices de mortalidad neonatal relacionada con bajo peso al nacer, los más altos índices de homicidios y suicidio, embarazo en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual, así como mayor incidencia de muertes relacionadas con el uso de drogas y medicamentos. La obesidad y la diabetes están en completo descontrol por la escasa prevención y a todo esto se suman los altos costos de la atención médica.

Por lo tanto, se reconocen desafíos similares para todos los países. **Es necesario pensar en nuevos diseños para mejorar la atención médica, el acceso y los costos. Es crucial orientar el cambio hacia la afectación de los determinantes sociales de salud, no sólo a intervenciones dentro de las paredes de los hospitales, sino también estrategias que permitan abordar estos desafíos de forma real en las poblaciones.**

La Organización Mundial de Salud define a los *determinantes de la salud* como “*las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan, y envejecen... incluyendo el sistema de atención de la salud*”. Son muchos los determinantes, sin embargo, **la “Triple Meta” nos permite abordar y afectar a estos determinantes desde la perspectiva de los sistemas de salud, mediante sus tres componentes:**

- *Mejorar la salud de una población,*
- *Mejorar la experiencia en la atención y, en consecuencia,*
- *Disminuir los costos per cápita.*

La Triple Meta del IHI (*ver figura 1*) permite orientarnos hacia servicios accesibles, confiables, que afecten positivamente la salud de las poblaciones y que resulten en menores costos, menos complicaciones, menos hospitalizaciones y mayor participación y autocuidado de los pacientes y sus familias.

Se necesita gente comprometida que rediseñe sistemas e innove en las formas de trabajar, líderes que comprendan e integren estos tres objetivos como una promesa a la población a la que se atiende, con necesidades y expectativas diferentes.

La integración de los tres objetivos representa el desafío en la búsqueda de la calidad universal e incluye:

- Una visión sistémica de la atención.
- Visualización y utilización de la predicción y la prospectiva.
- Activación de los pacientes y sus familias.
- Apertura de las estrategias más allá de las paredes de los hospitales.
- Estudio de nuevas formas de innovar y mejorar.

El abordaje de la calidad universal a partir de la Triple Meta promueve la integración de los diferentes sectores, donde es crucial el rol

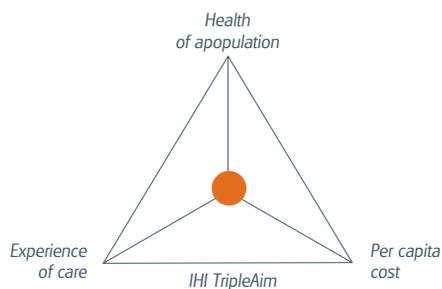


Figura 1. La triple meta.

Fuente: Donald M. Berwick, Thomas W. Nolan y John Whittington, IHI 2007.

de líderes que inspiren el cambio, que reconozcan qué tan buenos son en realidad en cuanto a su posición comparada con los mejores, que identifiquen sus variaciones para modificarlas o eliminarlas y que observen sus resultados de mejora a lo largo del tiempo.

La labor de los líderes es encontrar a los mejores, las mejores experiencias y prácticas y entonces difundirlas para mejorar. Es una obligación como líderes cerrar la brecha entre lo se debe hacer y lo que se hace.

Es necesario migrar de los sistemas centrados en las enfermedades a los sistemas centrados en los pacientes, como lo mencionó Hipócrates:

“Lo más importante es saber qué tipo de persona tiene una enfermedad y no qué tipo de enfermedad tiene una persona”. Esto es atención centrada en el paciente.

EXPERIENCIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ÁFRICA

El caso de Sudáfrica

En 1994 Sudáfrica se vió frenada y truncada en cuanto a sus sueños de crecimiento y desarrollo como país cuando comenzó a enfrentar la epidemia del VIH. En 1990 no había VIH en Sudáfrica y no se imaginaban la calamidad que la epidemia les representaría. En 1994 tenía ya una prevalencia del 7.7% y fue en aumento explosivo durante los siguientes años, llegando al 12% en el 2008. Durante la última década una de cada tres mujeres sudafricanas embarazadas estaba infectada con VIH, lo cual se reflejaba catastróficamente en la transmisión vertical pues uno de cada 4 niños nacía con VIH.

Entre el 2008 y el 2010, la transmisión vertical disminuyó del 12% a menos del 5% ¿cómo ocurrió este milagro? *Mediante el abordaje de una intervención de salud pública con enfoque en calidad.* En el año 2000 el milagro arrancó a partir de la búsqueda y utilización de la evidencia médica: había un tratamiento médico probado y efectivo en otros países. Durante los dos años siguientes entraron en discusión una serie de mecanismos políticos y fallas en el liderazgo, hasta que en el 2002 se lanzó el tratamiento con monoterapia.

Del 2002 al 2008 se estudió la evidencia sobre la efectividad y se encontró que los avances habían sido escasos. Entonces se decidió modificar la intervención utilizando terapia dual, pero implementándola como un “plan acelerado” que asegurara la continuidad de la atención. El gobierno y los actores involucrados en el sistema de salud hicieron un compromiso público y declararon una meta específica: “Disminuir la transmisión vertical del 12% a menos del 5% entre el 2008 y el 2010”. **El liderazgo del gobierno y los actores asociados fueron fundamentales**, mientras que se activaron otras políticas para reforzar el plan acelerado, como el subsidio para la alimentación con fórmula.

El modo antiguo de resolver los problemas era de arriba hacia abajo, esperando que la gente que estaba al frente ejecutara las estrategias, pero esto llevó al fracaso de las intervenciones. La nueva forma de resolver los problemas para la mejora fue tomar el problema y mandarlo a la línea frontal, a la gente que realmente entiende el problema porque lo vive

todos los días durante la atención médica, y entonces facilitarles conocimientos y la capacidad para la mejora sistemática ¿Y qué pasa si la idea para solucionar los problemas no es buena? Se aplican los ciclos de mejora rápida (planear, hacer, estudiar, actuar) en pequeñas intervenciones bien planeadas durante una o dos semanas, se modifican las formas de hacer las cosas, entonces se mejoran las ideas y cuando se obtienen resultados exitosos en pequeña escala, éstos se hacen creíbles, se aceptan y se diseminan fácilmente. Así fue como funcionó en Sudáfrica.

Como experiencia, se identificaron cinco componentes clave para la diseminación de esta estrategia nacional (*ver figura 2*):

1. Generación y focalización de la voluntad.
2. Utilización de la “unidad escalable”, una forma de diseminación planeada para lograr la colaboración y aprendizaje sistemático, de menor a mayor escala.
3. Demostración del funcionamiento de la estrategia en diferentes condiciones para construir credibilidad.
4. Construcción, sostén y mejora del sistema de datos e información local, asegurando la retroalimentación en los niveles participantes.
5. Capacidad de mejoramiento de la calidad en la gente que participa, entiendo y apoya el cambio, capturando el conocimiento desde la línea frontal para abordar el problema, es decir, desde los operativos.

La mejora de la atención primaria no sólo tiene que ver con utilizar los mejores avances médicos o clínicos, sino con la cobertura, el acceso y la continuidad de la atención. La estrategia de Sudáfrica fue un logro extraordinario, donde se pasó de la demostración regional a la diseminación a gran escala en todo el país. Hoy, el 95% de las pacientes embarazadas tienen acceso a estas intervenciones y la transmisión vertical se mantiene a la baja, impactando en beneficio del desarrollo de todo un país.

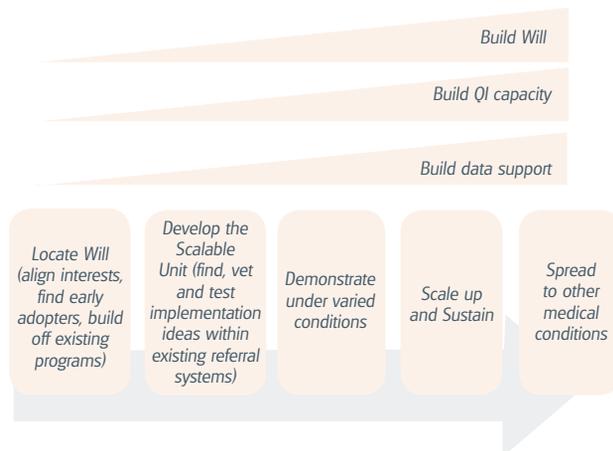


Figura 2. Health Systems approach: taking a primary care intervention to full scale.

Fuente: Cortesía de Dr. Pierre R. Barker. IHI.

MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dra. Somava Stout

Vice Presidenta de Desarrollo de Atención Centrada
en el Paciente, Cambridge Health Alliance

3

El caso de Community Health Alliance

9

Estados Unidos es el país con mayor prevalencia de diabetes, el 50% de la población adulta se considera prediabética o con alto riesgo de desarrollar esta enfermedad. Se calcula que para el 2020, el costo de la atención atribuible a la diabetes sea de \$514 billones de dólares por año. La diabetes, al igual que otras enfermedades crónicas, demanda un abordaje integral a partir del estudio de los *determinantes de la salud* que incluya el análisis de la influencia de la predisposición genética, los hábitos y el comportamiento, los factores de desarrollo social, la exposición ambiental y la accesibilidad para la atención de la salud.

Conforme al estudio de los *determinantes de la salud*, se ha encontrado que la morbilidad y mortalidad por diabetes se relaciona en un 40% con los hábitos y el comportamiento, el 30% con factores de predisposición genética, el 15% con los factores sociales, el 5% con exposición ambiental y el 10% con la accesibilidad a la atención de la salud. **Por lo tanto, se reconoce que para impactar en la salud de la población diabética o en riesgo, es necesario enfocar las mejoras no sólo en el abordaje a partir de la accesibilidad de los servicios de salud, sino también en los determinantes que representan mayor relación.**

Pero ¿cómo crear un abordaje integrador? La clave está en entender que las poblaciones están formadas por personas, pero en entornos y con necesidades y problemáticas semejantes, esto permite obtener una perspectiva más orientada, detectando a los actores involucrados, con intereses comunes, para lograr objetivos compartidos. Un modelo integrador para el abordaje de poblaciones con enfermedades crónicas se basa en tres ejes que demandan una visión integradora, con planteamiento de objetivos y metas específicas y la utilización de sistemas de información entrelazados que faciliten el análisis de los resultados de las estrategias (*figura 3*).

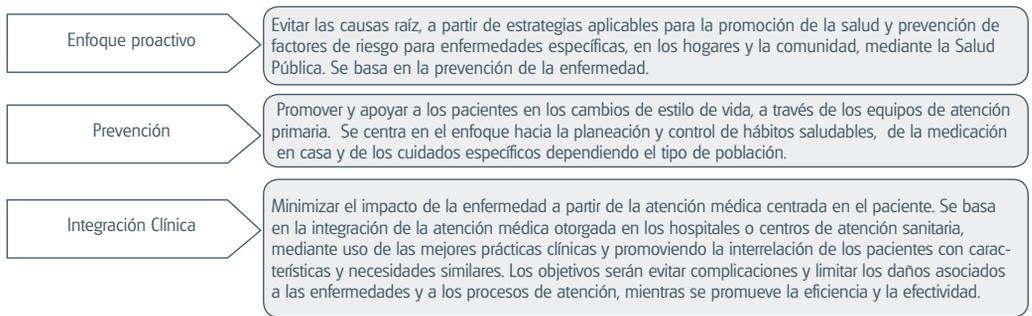


Figura 3. Abordaje integral para la mejora de la atención de poblaciones con enfermedades crónicas.

Fuente: Cortesía de Dra. Somava Stout. Cambridge Health Alliance.

10

El abordaje con modelos integradores permite obtener resultados específicos, metas comunes, hechos y datos sustanciales sobre la salud de las poblaciones y el funcionamiento eficiente de los servicios de salud al mismo tiempo que se promueve el sentido de pertenencia de los pacientes y sus familiares hacia su sistema de salud y el autocuidado (ver figura 4).

En conclusión, no basta con hablar de mejora de la calidad como una estrategia o necesidad aislada; para mejorar la salud de los pacientes y de las poblaciones en su conjunto es necesario mejorar la calidad y como resultado de esta mejora se obtendrán servicios de salud más eficientes, menos costosos y más efectivos.

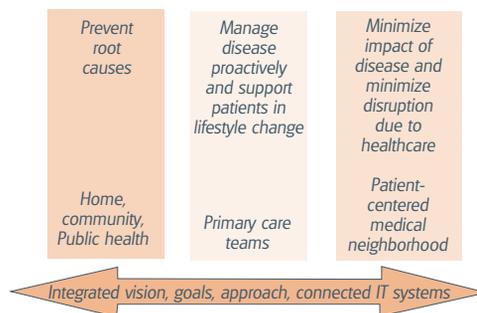


Figura 4. Our approach to managing chronic disease.

Fuente: Cortesía de Dra. Somava Stout. Cambridge Health Alliance.

ATENCIÓN DE DIABETES: ENFOQUE CENTRADO EN POBLACIONES

M.S. Alide Chase

Vice Presidenta Senior Calidad y Seguridad, Kaiser Foundation
Health Plan. Kaiser Foundation Hospitals

4

El caso de Kaiser Permanente

11

Se estima que en todo el mundo, existen 330 millones de personas viviendo con diabetes. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 4 millones de muertes por año están asociadas a la diabetes. En el 2010, esta enfermedad le costó a la economía global por lo menos US\$376 billones (\$5,023,766,080,000 pesos mexicanos), es decir, el 11.6% del gasto en salud total mundial. La diabetes es un problema que por su aceleración representa altos costos en la atención a la salud que demanda nuevos diseños para su abordaje.

Kaiser Permanente, uno de los Sistemas de Salud más exitosos en Estados Unidos, ha sido pionero en la adopción de programas para pacientes crónicos. **Desde 1997, en el modelo de Kaiser, los pacientes crónicos se dividían en grupos dependiendo de su patología y para cada nivel proponía un recurso diferente.**

Tradicionalmente, **Kaiser abordaba el seguimiento y tratamiento de grupos de pacientes a partir de sistemas de casos anclados al manejo de enfermedades y todos los recursos, tanto de infraestructura como de personal de salud en sus diferentes áreas, se enfocaba a dar la mejor atención al manejo de casos de enfermedades, es decir, se destinaban recursos específicos para enfermedades coronarias, otros recursos para dislipidemias y otros recursos para diabetes.** Pero debido al crecimiento acelerado de las poblaciones, al incremento de las variables de enfermedades crónicas y los elevados costos por las complicaciones, se observaron posibilidades limitadas de impactar más allá de las paredes de los hospitales.

A partir del 2010 se dejó de enfocar el sistema en el manejo de casos específicos por enfermedades y **ahora se aplica un modelo denominado de “atención completa”, anclando los equipos de atención alrededor de funciones (no de enfermedades)** es decir, recursos especializados trabajando específicamente sobre funciones para abordar transversalmente a

diversas enfermedades crónicas. Las funciones que describe Kaiser son las siguientes:

- Promoción, producción y revisión de guías de práctica clínica por personas que trabajan en el área de investigación, de las mejores prácticas cuya función principal es la implementación de la medicina basada en la evidencia en todo el sistema.
- Apoyo en los avances para las decisiones clínicas por medio de sistemas de información.
- Fortalecimiento de la red de acceso a la atención médica segura en todos los niveles operativos.
- Gestión de la medicación.
- Atención de extensión para pacientes que se encuentran fuera del alcance de las estrategias de los centros de atención de salud, esto es, pacientes que no llegan a los hospitales pero que tienen necesidades de atención.
- Cuidado proactivo.
- Higiene y bienestar.
- Prevención y cambios en el estilo de vida.

Estas funciones se aplican colectivamente para todas las enfermedades crónicas que aborda el modelo Kaiser. **Se dirigen todos los recursos hacia las funciones, no a cada enfermedad.** Las funciones se pueden descentralizar y agrupar para abordar las enfermedades en vez de aplicar el manejo de casos uno sobre otro (ver figura 5).

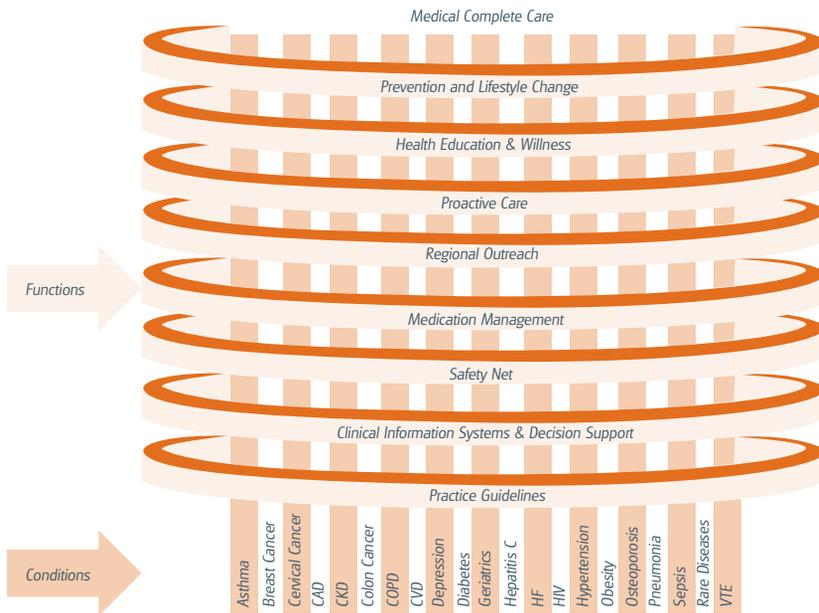


Figura 5. New Thinking: Population Care “Complete Care”.

Fuente: Cortesía de M.S. Alide Chase. Kaiser Foundation Health Plan.

Al abordar de esta forma a la diabetes, es posible prestar servicios desde la prevención con estrategias específicas para diferentes actores: hospitales, comunidad, escuelas, fuerza laboral (como ejemplo de la población a la que atiende, la fuerza laboral se ha convertido en la mejor y más fuerte estrategia para el cambio).

Un ejemplo del modelo Kaiser es el siguiente: recientemente se analizaron los costos de las complicaciones de los pacientes diabéticos de Kaiser y se encontró que el infarto del miocardio rebasaba de manera absoluta los costos planeados por hospitalización, por lo tanto, se diseñó un plan con la participación de 17,000 médicos para iniciar tratamientos esquemáticos con aspirina, lisinopril y estatinas como un plan de prevención para esta complicación. El objetivo era **estandarizar entre los médicos el tratamiento** para estabilizar a los pacientes mediante el uso de la medicina basada en la evidencia. El resultado de esta intervención fue la disminución del 60% de los casos de infarto del miocardio.

Para la monitorización de esta intervención se implementó el uso de **tableros de control donde el personal clínico pudiera observar los avances en el tratamiento a los pacientes mediante indicadores de desempeño y comparaciones**. Actualmente los tableros de control se utilizan de forma local, en la consulta médica, a nivel hospitalario, a nivel regional y a nivel nacional. Los resultados son comparables y se declaran los alcances de las metas (control de la glucemia, baja de la tensión arterial, disminución de peso, etc.). También se utiliza un sistema electrónico para el expediente clínico interconectado en los diferentes niveles de atención de tal forma que se asegure un seguimiento correcto y oportuno.

El ejemplo de Kaiser es innovador en cuanto al abordaje de las enfermedades crónicas a partir de la identificación de funciones transversales a gran escala, el uso de protocolos y guías de práctica clínica, la transparencia y uso compartido de indicadores de forma local, mediante tableros de control de forma regional y nacional y el uso de la tecnología como un medio para innovar y potencializar las mejoras, dentro y fuera de las unidades de atención sanitaria, promoviendo el empoderamiento de la fuerza laboral y de la comunidad.

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL EN AMÉRICA LATINA

Dr. Jorge Hermida

Director de los Programas de University Research Co.,
LLC en América Latina

5

15

University Research Company es una organización no gubernamental internacional, con sede en la ciudad de Washington y presente en más de 30 países en vías de desarrollo en todo el mundo.

El problema de la salud materno infantil se basa en las dificultades del acceso, la calidad y los costos de la atención. Se reconocen tres aspectos importantes en el comportamiento de la atención materno infantil:

1. Una disminución importante en la mortalidad materna e infantil, pero de forma no suficiente ni sostenida hacia la baja.
2. Los progresos medidos a través de promedios nacionales esconden grandes diferencias en el acceso a las prácticas basadas en la evidencia.
3. La “brecha de la implementación” para atacar la mortalidad materno infantil consiste en el conocimiento de enfoques parciales de los sistemas (normas, insumos, personal de salud) y débil comprensión de los procesos de atención que afectan la calidad.

De 1990 a 2011, las muertes maternas en América Latina y el Caribe disminuyeron un tercio y la Razón de Mortalidad Materna un 1.5% anual. Esto no es suficiente ya que la meta que se requería para poder cumplir con el Objetivo del Milenio era de 5% anual. A menos que se acelere la disminución de forma importante, esta meta será inalcanzable.

La reducción que se experimenta es real pero no es suficiente. Existen algunos casos donde esta reducción se ha estancado, entre ellos, el caso de México desde el año 2000 a la fecha. Este estancamiento se da al mismo tiempo que un incremento notable de la atención institucional del parto (no precisamente atención calificada) y esto lleva a considerar que la atención calificada no es la única solución ni la más importante si no se considera el elemento fundamental: la calidad.

Para atender la reducción de la mortalidad materna existen tres pilares técnicos reconocidos para su abordaje:

1. La planificación familiar.
2. La atención calificada del parto.

3. Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales con énfasis en el riesgo obstétrico y neonatal.

Estos pilares, modulados por dos condiciones básicas: a) acceso equitativo a las intervenciones basadas en la evidencia y la calidad de la atención, y b) un enfoque de priorización por regiones, departamentos, grupos poblacionales, hospitales específicos, para saber a dónde dirigir los recursos de forma acelerada.

Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, plantea:

“La realidad es clara: el poder de las intervenciones que ya existen no está acompañado por el poder de sistemas de salud que puedan hacerlas llegar a las poblaciones que más las necesitan de una manera integral y a una escala adecuada”.

En el caso de la muerte materna y neonatal, se sabe mediante diversos estudios cuáles son las principales complicaciones obstétricas y las intervenciones basadas en la evidencia para su manejo. Sin embargo, existe evidencia que demuestra que se siguen aplicando prácticas de riesgo, como la baja utilización de intervenciones basadas en la evidencia (por ejemplo, el uso de sulfato de magnesio para eclampsia o la profilaxis antibiótica para infección puerperal), la excesiva medicalización, por ejemplo, cesáreas injustificadas, práctica excesiva de tactos vaginales durante la labor de parto, uso de sangre y hemoderivados inseguros, uso injustificado de oxitocina o técnicas de presión abdominal para acelerar el parto, práctica injustificada de episiotomía, ligadura temprana del cordón umbilical, alta precoz, entre muchas otras.

El tema de la mortalidad materna neonatal se debe resolver en los diferentes niveles del sistema de salud desde las funciones esenciales, todas alineados hacia la calidad: rectoría, financiamiento, formación de recursos, otorgamiento de servicios, hasta la atención directa a las pacientes y la comunidad y la participación de los propios usuarios, los cuales deben ser el centro de las funciones esenciales de los sistemas de salud con enfoque en calidad. El mejor ejemplo que se reconoce en América Latina donde se ha promovido la función de los usuarios como eje regulador de la calidad ha sido la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud en México.

Los elementos del enfoque de mejora a nivel microsistema se basan en asegurar que los procesos de atención fundamenten sus contenidos en evidencia científica, en asegurar que el personal de salud tenga la capacidad técnica de ejecutar los procesos correctamente, en el aprendizaje continuo, probando cambios para mejorar la atención con base en el conocimiento y la experiencia del personal operativo, en la introducción de mecanismos de incentivos para la mejora de la atención y en el aseguramiento del flujo de insumos básicos necesarios.

Los enfoques tradicionales ya no son suficientes para mejorar la atención materno-infantil. Trabajar sólo sobre las normas, estándares, capacitación, regulación, certificación es necesario pero no suficiente para lograr los resultados deseados si no se pone énfasis también en los procesos de calidad en todos los niveles. Los modelos modernos de mejora de la calidad se basan en los cambios de los sistemas en pequeña escala para difundir paulatinamente de forma masiva los procesos para mejorar los resultados (ver figura 6).

Es fundamental que el nuevo enfoque se dirija hacia los equipos de proveedores de atención, a las necesidades de los usuarios, al análisis de sistemas y procesos, al empoderamiento de los equipos de salud para realizar cambios y a la fundamentación de datos e indicadores para medir los resultados.

Los equipos de mejora de calidad se componen por las personas que están en contacto con las necesidades de los pacientes. A su vez, estos equipos necesitan empoderarse para lograr implementar cambios efectivos. Empoderar a los equipos de atención de salud significa dar la vuelta a la pirámide jerárquica tradicional de las instituciones para que los trabajadores puedan hacer cambios basados en la evidencia y en el mejoramiento colaborativo.

✓ Basado en equipos de proveedores de atención y otros trabajadores de salud

✓ Se enfoca en las necesidades de los usuarios

✓ Analiza sistemas y procesos

✓ Empodera a los equipos para realizar cambios

✓ Se guía por datos para medir los resultados

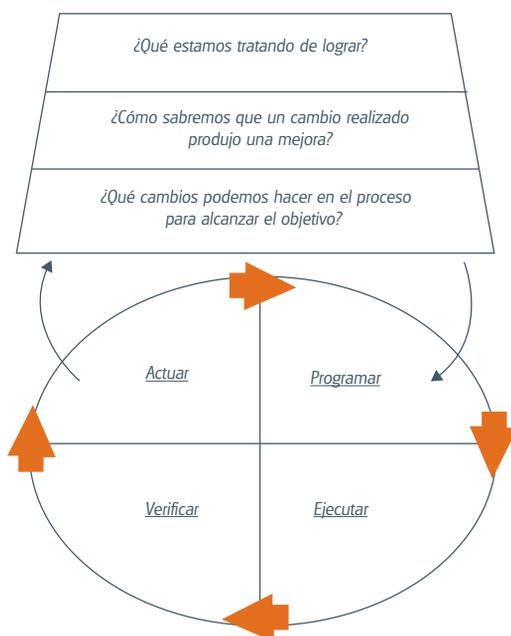


Figura 6. Métodos modernos de mejora de la calidad: Cambios en los sistemas y procesos para mejorar los resultados.

Fuente: Cortesía de Dr. Dr. Jorge Hermida. University Research Co. Tomado de Langley et al, 1999, *The Improvement Guide*.

El mejoramiento colaborativo se aplica cuando múltiples unidades de salud simultáneamente prueban cambios, indicadores comunes y aprenden en conjunto las formas de mejorar un área técnica de salud. El mejoramiento colaborativo produce cambios sostenibles en el desempeño, funciona sobre plataformas de servicios existentes, provee mecanismos para el aprendizaje continuo y para la rendición de cuentas involucrando a los trabajadores de la salud sistemáticamente en la solución de problemas frecuentes y en la medición de resultados, finalmente, se concentra en lo que realmente se ha comprobado que funciona, por ello es una manera rápida de expandir prácticas basadas en la evidencia tanto en las áreas clínicas como en las no clínicas. **Este es el nuevo paradigma para el abordaje de la calidad de la atención materno-infantil.**

MEJORA DE LA CALIDAD DESDE EL HOSPITAL HACIA LA COMUNIDAD

Dra. Uma Kotagal,
Vice Presidenta Senior para Calidad, Seguridad y Transformación,
del Cincinnati Children's Hospital

6

El caso de Cincinnati Children's Hospital

19

En 2001, el Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC), con la asesoría del Institute for Healthcare Improvement, inició una transformación en su estrategia de calidad. Al principio, el CCHMC pensaba que era muy bueno en la atención de sus pacientes, sin embargo, tuvo que profundizar en el análisis comparativo ("benchmarking") con otros centros de atención para descubrir que en realidad los resultados no eran los mejores.

La visión del CCHMC es:

"Ser el líder en mejoramiento de salud infantil".

Su misión es:

"Mejorar la salud infantil mediante la atención, investigación, educación e innovación de forma integrada".

La misión y visión orientaron la *estrategia de valor* a tres aspectos:

1. Conducir investigación para generar nuevos conocimientos que cambiaran paradigmas.
2. Atención clínica.
3. Educación de los profesionales del futuro.

Se trabajó sobre la *transformación organizacional* mediante la iniciativa "Pursuing Perfection", basada en tres pilares:

- Cambiar radicalmente la forma en cómo los miembros de la organización perciben, piensan y se comportan en el trabajo.
- Cambiar de raíz los supuestos sobre cómo una organización funciona.
- Cambiar significados de la filosofía corporativa, incorporando valores y cambiando el comportamiento relacionado a estructuras jerárquicas tradicionales.

Una parte esencial para la transformación organizacional fue comprometer y promover la participación de los pacientes y sus familias. Algunas de las características en el nuevo diseño de la estrategia incluyen los siguientes aspectos:

- Los objetivos de mejora estratégicos como parte esencial del plan, dirigiendo las necesidades de la misión: cuidado del paciente, investigación, educación. Se construyeron medidas de cambio (indicadores) alineadas a los objetivos.
- La responsabilidad para el logro de objetivos de mejora y la rendición de cuentas es compartida por todos los niveles de la organización.
- El liderazgo para el sistema de mejora es multidisciplinario y funcional.
- La capacidad *para la mejora* es construida en los lugares de atención a los pacientes y de forma horizontal, es decir, en las líneas frontales, por los operativos.
- La mejora del funcionamiento se integra al sistema de liderazgo y en el trabajo diario, con asignaciones específicas.
- La mejora de funcionamiento es basada en medidas, sensible, eficiente, proactiva y alineada.
- Se utiliza constantemente la ciencia de mejora.
- Se promueve la transparencia de resultados y procesos.
- El alcance de los objetivos de mejora son una constante.

La alineación es la clave de la estrategia (ver figura 7). Ésta se basó en alinear las medidas de cambio (indicadores) declaradas en la estrategia, a la responsabilidad, mientras se construían capacidades para la mejora, abordando la calidad como parte del trabajo cotidiano. Fue de suma importancia reconocer que aunque se tenía conocimiento sobre las mejores

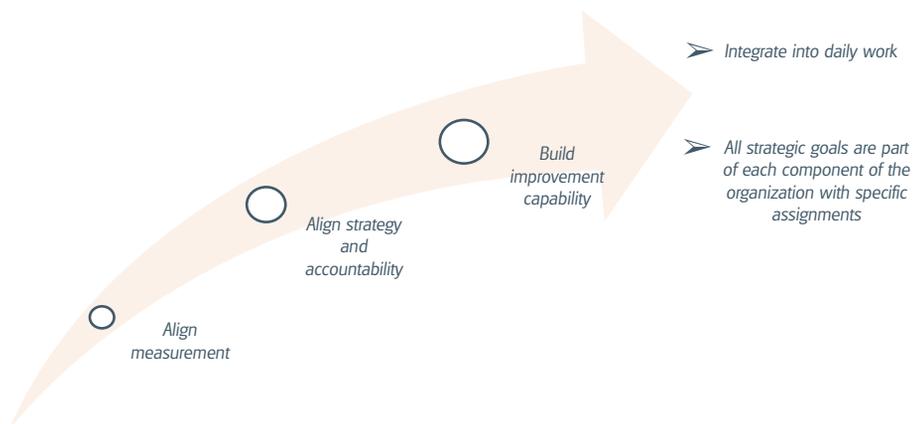


Figura 7. Alignment.

Fuente: James M. Anderson Center for Health Systems Excellence. Cincinnati Children's.

prácticas no se conocían las formas de mejorar el sistema de atención. Para abordar esta necesidad se trabajó sobre las capacidades individuales y organizacionales para la mejora.

En cuanto a las *capacidades de mejora individuales*, se capacitó al personal para diseñar iniciativas de mejora mensurables para ejecutar mejoras mediante el desarrollo de iniciativas, probando, midiendo, poniendo en práctica cambios, esfuerzos de mejora y sosteniendo resultados.

También se trabajó en mejorar la *capacidad organizacional*, lo cual fue fundamental para iniciar y sostener un esfuerzo de transformación. Esto incluyó la mejora de la estructura y los procesos, incluyendo la participación de expertos en calidad y medición. **Todos los líderes en la organización, en sus diversos niveles, se comprometieron en la transformación de la estrategia.**

Posterior a este cambio de estrategia organizacional se han obtenido resultados específicos, por ejemplo, en cuanto a la disminución de eventos centinela (eventos adversos graves) que disminuyeron de 18 a 3 por año; se disminuyó la incidencia de partos prematuros; mejoró la atención de los pacientes con asma y con otras enfermedades crónicas infantiles; **la atención hospitalaria se ha extendido hacia la comunidad, mediante la prevención de obesidad y otras patologías, entre otros resultados de impacto, como la construcción de redes colaborativas con otros centros hospitalarios para promover el aprendizaje y la competitividad.**

El CCHMC ha obtenido logros significativos transformacionales. El reto actual es seguir aprendiendo para mejorar. *La meta es ser el hospital más seguro*, que brinde la mejor atención a pacientes con enfermedades crónicas, con un enfoque preventivo, fortaleciendo el servicio a las comunidades, disminuyendo los costos y optimizando recursos.

MEJORA DE LA CALIDAD EN UN SISTEMA HOSPITALARIO

Carolyn Scott, RN, M.Ed., MHA
Vice Presidenta de Línea de Servicio, Calidad y Seguridad
de Premier

7

El caso de Premier

23

Estados Unidos está transformando su sistema de pago por volumen a un sistema de reembolso basado en la calidad. Esta transformación está siendo impulsada por los diferentes organismos que colaboran en la atención de la salud.

Aunque goza de tener la mejor tecnología médica, el gasto en salud es mucho mayor que en cualquier país latinoamericano a pesar de lo cual alrededor de 50 millones de personas no cuentan con seguro de gastos médicos, lo que representa grandes dificultades para la accesibilidad y la utilización. Por ello, la ley de atención médica accesible (“*Affordable Care Act*”) se dirige a disminuir los costos de la atención médica y a mejorar el acceso.

Premier es una alianza de atención a la salud cuya misión es mejorar la salud de las comunidades. Es la mayor alianza de la mejora del rendimiento en EUA con más de 2,700 hospitales miembros y más de 90,000 centros de atención no aguda que utilizan el poder de la colaboración y la tecnología para liderar la transformación de la atención coordinada, de alta calidad y costo-efectiva.

Premier opera una red de servicios médicos con más de cinco mil millones de dólares en ahorros anuales, mantiene la base de datos clínicos más grande del país con indicadores financieros, clínicos y de desempeño, monitorizando a uno de cada cuatro pacientes egresados, permitiendo comparaciones con las mejores prácticas. Es reconocido como líder mundial en la mejora de la atención al paciente y como una de las empresas más éticas (*ver figura 8*).

QUEST (Calidad, Eficacia, Seguridad y Transferencia) es una iniciativa de la Alianza Premier que inició desde 2008. En **QUEST participan 336 hospitales (unidades colaborativas de Premier), monitorizando y mejorando indicadores relacionados con los costos de la atención,**

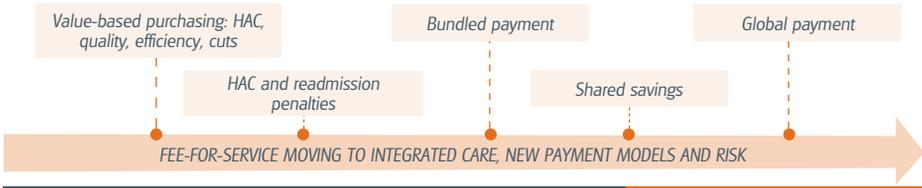


Figura 8. Our approach to the transformation journey.

Fuente: Cortesía de Carolyn Scott, Premier.

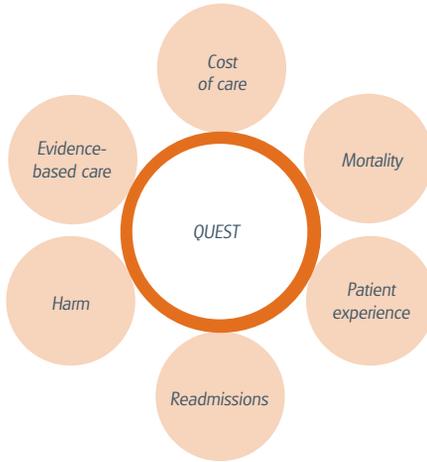


Figura 9. High-performing hospitals.

Fuente: Cortesía de Carolyn Scott, Premier.

la mortalidad, la experiencia del paciente, las readmisiones, los daños (eventos adversos) y aplicando la medicina basada en la evidencia en la atención de la salud. Para cada uno de los indicadores se monitoriza el desempeño y se establecen niveles estándar para la mejora continua (ver figura 9).

La transparencia es un valor esencial para Premier y QUEST, y se basan en ella para dar seguimiento y comparación del desempeño. Esta transparencia ayuda a identificar a los hospitales con mejor desempeño para aprender de ellos y permite detectar las brechas de la atención en otros centros de atención para enfocar esfuerzos y ayudarles a abordar las áreas de oportunidad a partir de mejores prácticas, con lo que se promueve el aprendizaje y la competitividad sana entre hospitales participantes, los cuales cuentan con una comunicación abierta y efectiva.

A cinco años posterior a su arranque, QUEST logró observar cambios significativos como los siguientes:

- Se evitaron en el primer año 6,951 muertes, 21,099 en el segundo año, 42,388 en el tercero, 72,353 en el cuarto y 91,840 muertes en el quinto año.

- En el primer año se ahoraban 683 millones de dólares y en el quinto año esta cifra aumentó a 9.13 billones de dólares.
- En el primer año, 9,427 pacientes recibían atención basada en la evidencia, cinco años después, la atención basada en la evidencia se aplica en 80,128 pacientes.

Si todos los hospitales de cuidado para pacientes agudos a escala nacional hubiesen sido capaces de alcanzar estos resultados, en poco más de cinco años se hubiesen evitado aproximadamente 950,000 muertes asociadas a la atención de pacientes agudos, se hubieran otorgado cuidados basados en la evidencia para un millón de pacientes adicionales y se hubieran ahorrado 93 billones de dólares.

Las lecciones aprendidas de Premier se orientan al uso de datos e indicadores para la identificación de necesidades, en la estandarización de procesos, en la educación y la retroalimentación para el aprendizaje, en el mantenimiento de las mejoras por el personal responsable y en la aplicación de las prácticas basadas en la evidencia. Estos aspectos están generados por el compromiso del liderazgo de los altos ejecutivos, no sólo por el jefe de calidad o por los jefes clínicos, por la alineación con objetivos estratégicos, por el personal clínico y paraclínico comprometido, por el marco de mejora, por el uso de datos de forma oportuna y confiable, por un marco de despliegue de las estrategias y por la activación del aprendizaje colaborativo en comunidad (ver figura 10).

25

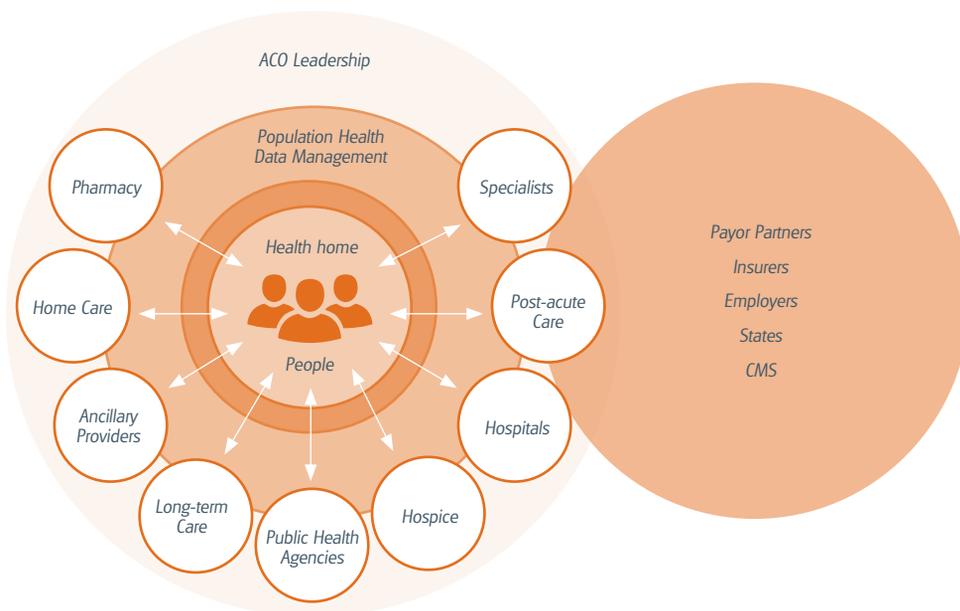


Figura 10. Population management.

Fuente: Cortesía de Carolyn Scott, Premier.

En todo el mundo existen experiencias de éxito, prácticas de excelencia dignas de imitar, será un reto para nuestros sistemas de salud, buscarlos y aprender de ellos para mejorar.

DESARROLLO Y USO DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD

Dr. Niek Klazinga

Coordinador del Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención a la Salud de la OCDE

8

La perspectiva de la OCDE

27

Fundada en 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) agrupa a 34 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. La OCDE ofrece un foro donde los gobiernos pueden trabajar conjuntamente para compartir experiencias y buscar soluciones en torno a los problemas comunes, analiza y compara datos para realizar pronósticos de tendencias y fijar estándares internacionales dentro de un amplio rango de temas de políticas públicas.

En este contexto, para la OCDE y para quienes toman decisiones políticas, monitorear y mejorar la calidad de la salud se ha convertido en un problema prioritario a efectos de asegurar la accesibilidad a los servicios de salud y controlar sus costos, de tal forma que se vuelve indispensable contar con indicadores confiables, válidos, factibles y procesables que formen parte de un análisis sistémico.

La OCDE, mediante su Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (HCQI), logró reunir a 23 países y diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Comisión Europea, organizaciones de expertos, como la Sociedad Internacional por la Calidad en Atención de la Salud (ISQua) y la Sociedad Europea para la Calidad en Atención de la Salud y universidades, con el objetivo de trabajar en el desarrollo e implementación de indicadores de calidad a nivel internacional.

Dentro del proyecto HCQI se integraron indicadores de estructura, proceso y resultado, incluyendo análisis de eventos centinela y áreas prioritarias como las siguientes:

- Admisiones hospitalarias evitables: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes.
- Prescripción en atención primaria: consumo y gasto en medicamentos.
- Mortalidad por infarto agudo al miocardio (IAM).

- Mortalidad posterior a evento vascular cerebral (EVC).
- Complicaciones quirúrgicas: tasa de error en procedimientos, remoción de cuerpos extraños propios de procedimientos, sepsis post operatoria.
- Trauma obstétrico.
- Readmisiones hospitalarias no planeadas en pacientes con desórdenes mentales.
- Mortalidad relacionada con enfermedades mentales.
- Supervivencia/mortalidad por cáncer cérvico uterino, de mama y colorrectal.
- Cobertura y efectividad de los programas de vacunación.
- Experiencia del paciente ambulatorio.

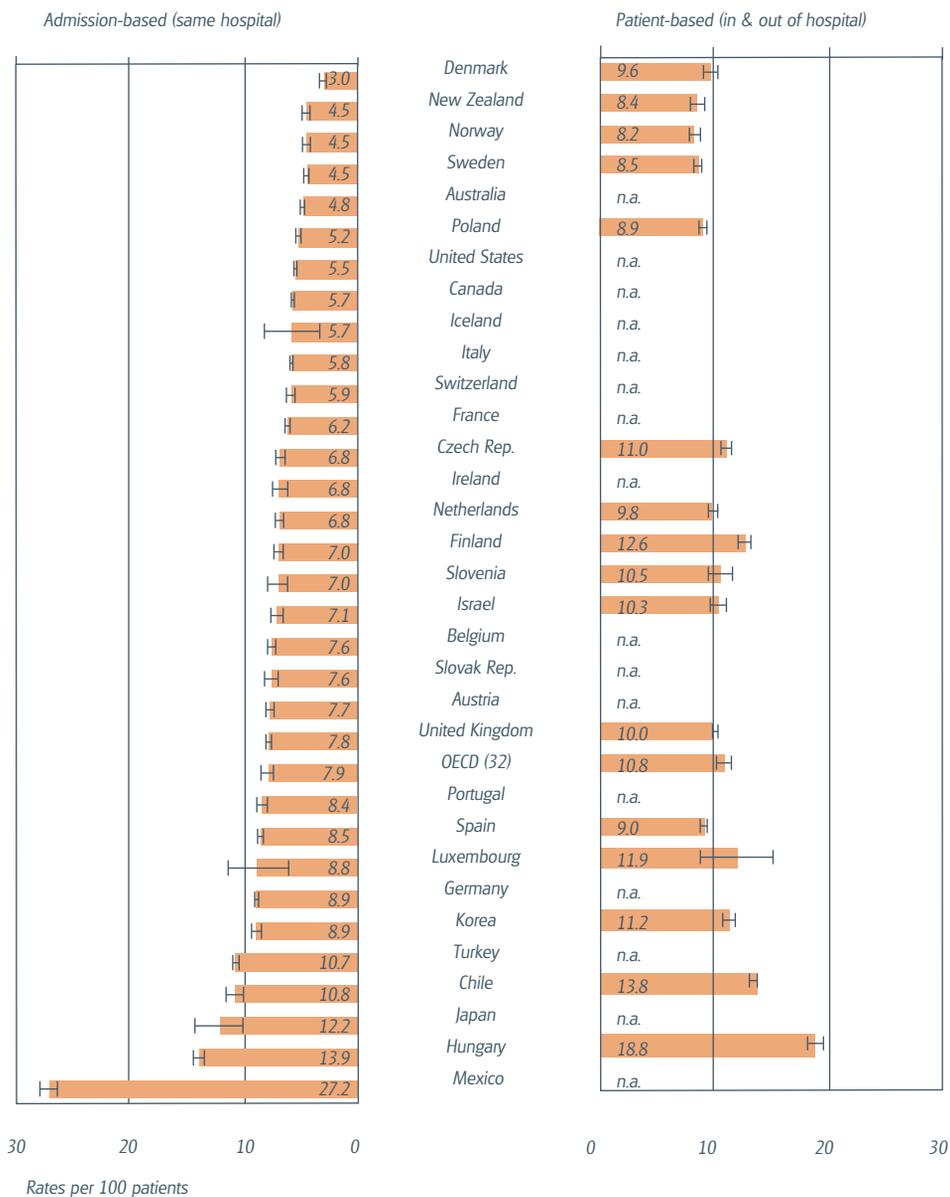
Todos los indicadores consensuados tienen como propósito medir la efectividad, la seguridad y el enfoque centrado en el paciente, dimensiones de la calidad en la atención de la salud propuestas por el Instituto de Medicina de Estados Unidos.

28

Uno de los propósitos de contar con indicadores internacionales es obtener puntos de comparación entre diversos países, por ejemplo, saber cuál es la oportunidad de supervivencia de un paciente posterior a un infarto agudo a miocardio (IAM) en los hospitales. A partir del indicador de **“Porcentaje de mortalidad en menos de 30 días por IAM en pacientes que son hospitalizados”**, en 2010, se encontró que en México, el resultado del indicador es de 27.2%, en Dinamarca es de 2%, Estados Unidos 5.5%, España 8.5% y Chile 10.8%, mientras que la media de la OCDE es de 7.9% (*ver figura 11*).

Otro ejemplo es el indicador de años de supervivencia posterior a cáncer de mama. Para el año 2009, la media de años para las mujeres fue de 11.4, para Chile 13.4, España 16.4, mientras que para Estados Unidos y la OCDE la media de supervivencia fue de 19.8 años (*ver figura 12*).

La OCDE propone que indicadores como los mencionados debieran ser vinculados a los reportes nacionales de programas de salud, al análisis del financiamiento, al reporte de desempeño de los sistemas de salud y a los incentivos, a los procesos de acreditación y/o certificación, al uso y efectividad de las guías de práctica y/o protocolos clínicos y a los procesos de auditoría en salud. Es necesario alinear el análisis de indicadores al desempeño de las organizaciones de salud evaluando el funcionamiento de una institución desde una perspectiva sistémica, analizando los resultados esperados a corto y largo plazo, tomando en cuenta el ciclo de vida de las organizaciones y los intereses de la dirección y los profesionales.



Note: Rates age-sex standardized to the 2010 OECD population aged 45+ admitted to hospital for AMI. 95% confidence intervals represented by H. Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Figura 11. Porcentaje de pacientes que fallecen en menos de 30 días posteriores a una hospitalización por infarto agudo al miocardio.

Fuente: Cortesía de Dr. Niek Klazinga.

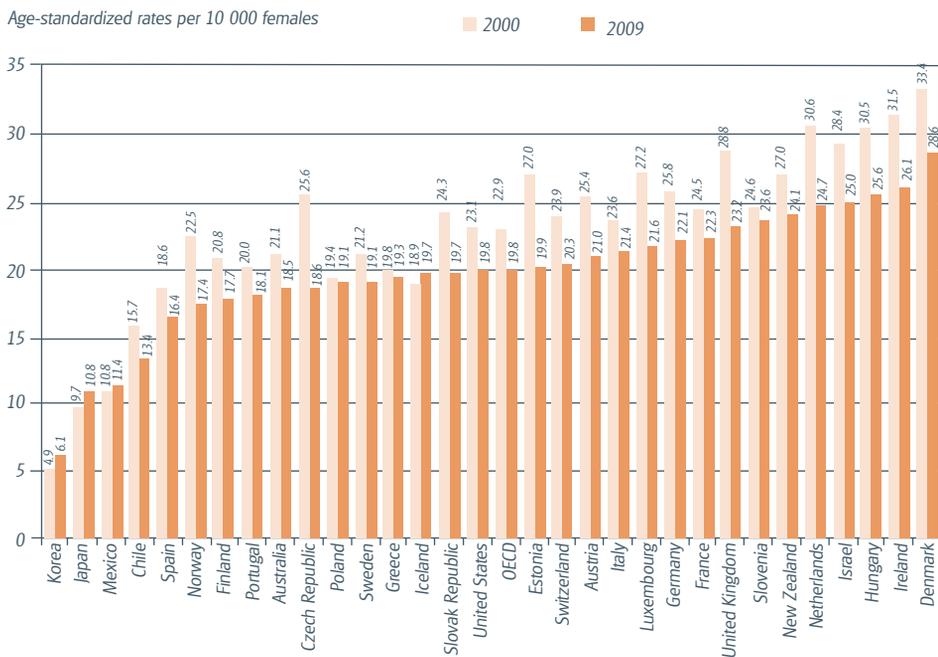


Figura 12. Sobrevida posterior a tratamiento por cáncer de mama.

Fuente: Cortesía de Dr. Niek Klazinga.

INVOLUCRAMIENTO DE ALTOS DIRECTIVOS EN ESTRATEGIAS NACIONALES DE MEJORA DE CALIDAD

Sodzi Sodzi-Tettey MD, MPH

Director de los Proyectos Fives Alive! Institute for Healthcare Improvement National Catholic Health Service (NCHS) de Ghana

El caso de Ghana

31

En Ghana, en el 2011, la tasa de mortalidad en los niños de menos de cinco años de edad se estimó en 74 por cada 1,000 nacidos vivos, de estas muertes, el 40% ocurría en el primer mes de vida. Alrededor de la mitad de esas muertes se producían en el primer día de vida, mientras que un 25 por ciento adicional a finales de la primera semana (*ver figura 13*). Por esta razón, el *Proyecto Fives Alive!* se enfocó en colaborar con los trabajadores de salud para mejorar los procesos de atención durante el embarazo a través de las diferentes etapas del proceso: desde la detección del embarazo y la atención prenatal, atención del parto, puerperio, lactancia, hasta la atención de niños menores de cinco años. El Institute for Healthcare Improvement (IHI) y el Servicio de Salud Católico (NCHS) colaboran con el Sistema de Salud

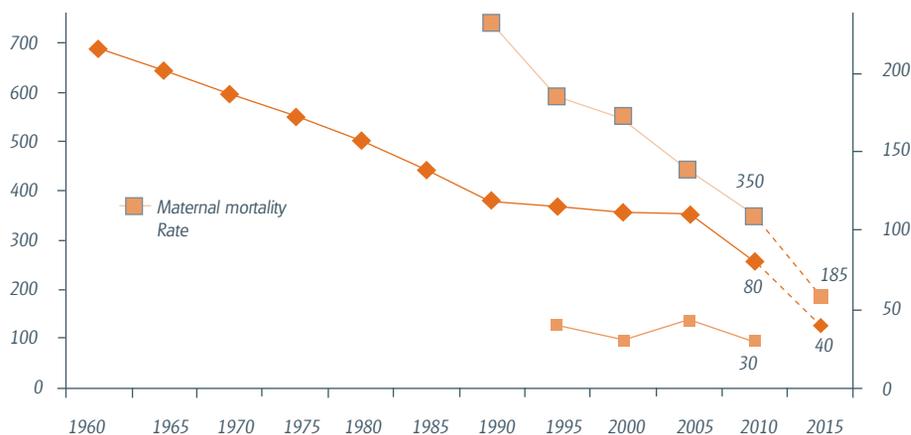


Figura 13. Comportamiento de la mortalidad materna y en menores de cinco años en Ghana.

Fuente: División de Estadística de las Naciones Unidas, 2011. Cortesía de Dr. Sodzi Sodzi-Tettey.

Nacional de Ghana para difundir e implementar las estrategias en todo el país con financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates.

En 2000, los 192 Estados Miembros de las Naciones Unidas y al menos 23 organizaciones internacionales acordaron trabajar en conjunto para lograr los ocho objetivos de desarrollo internacional 2015. Uno de estos Objetivos de Desarrollo del Milenio desarrollados conjuntamente, Objetivo 4, se centra en la reducción de la mortalidad infantil. En este sentido, el proyecto fue diseñado en medio de un ambiente de prioridad nacional, lo que favoreció la aceptación y compromiso por los altos directivos.

Fives Alive! promueve el potencial de innovación de los profesionales de la salud que trabajan en el frente operativo, quienes están más cerca de los usuarios finales y conocen los procesos de primera mano, mediante la prueba e implementación de estrategias y la toma de decisiones basadas en datos y evidencia que ayudaran a superar las fallas o errores del sistema de atención que conducen a muertes evitables de niños menores de cinco años. El objetivo del proyecto fue la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años en un 66%, es decir de 110 por cada 1,000 nacidos vivos (basal en 1990) a menos de 40 por 1,000 para el año 2015 a través de **dos métodos fundamentales:**

- La aplicación del modelo de mejora continua de la calidad y
- La metodología de red de colaboración del mejoramiento acelerado (ver figura 14)

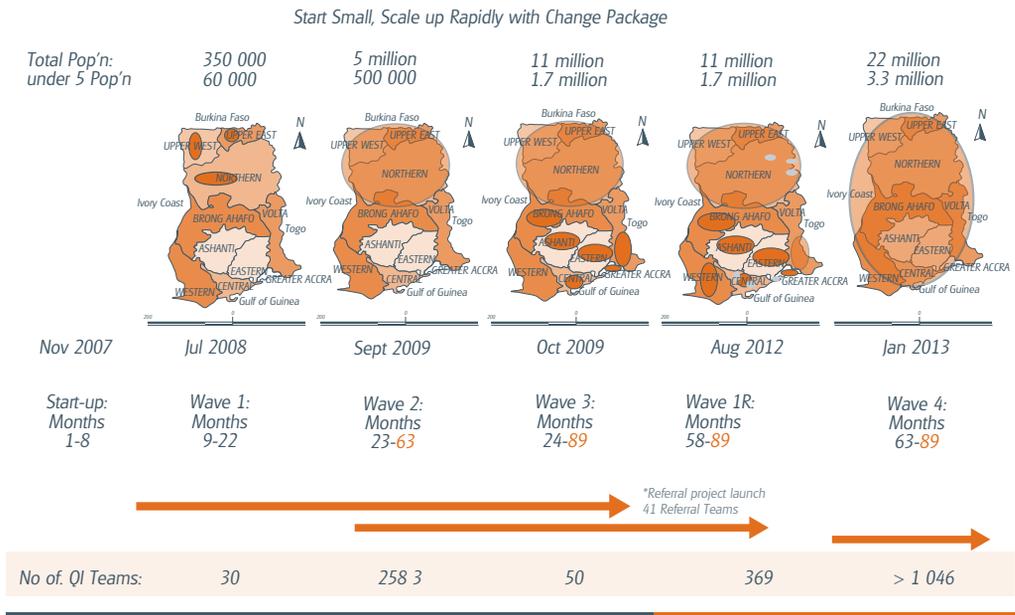


Figura 14. Implementación acelerada mediante paquetes de cambio para la mejora.

Fuente: Cortesía de Dr. Sodzi Sodzi-Tetty. Proyecto Fives Alive!

La red de colaboración del mejoramiento acelerado se enfoca en la aplicación del aprendizaje entre pares (médico a médico, enfermero-enfermero, por ejemplo) y el escalamiento a través de los diferentes equipos de atención. Los equipos de mejora continua locales se reúnen en una sesión de aprendizaje cada cuatro a seis meses para adquirir conocimientos y habilidades sobre la mejora de la calidad y para compartir sus experiencias y aprender de los éxitos y desafíos de sus compañeros mientras se va afinando la sostenibilidad de los cambios y éstos en pequeña escala se van traduciendo a nivel nacional (ver figura 15).

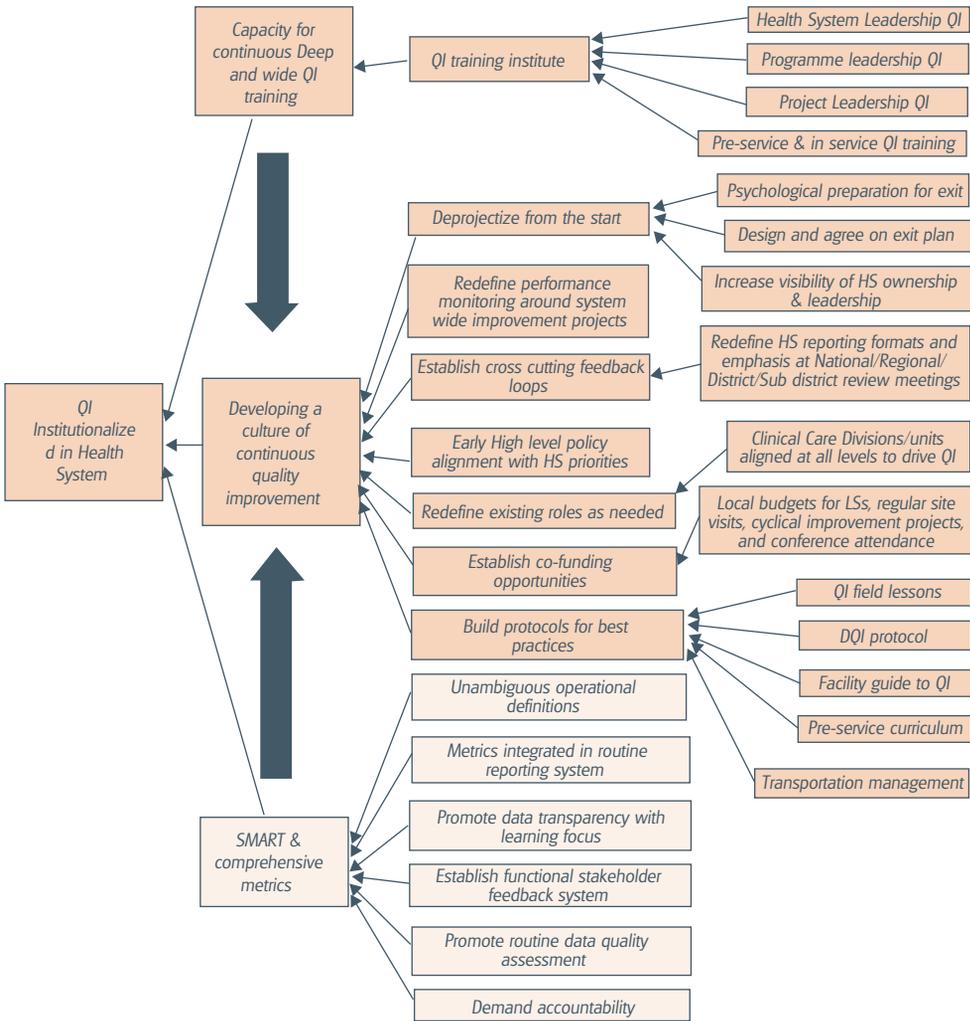


Figura 15. Aspectos de importancia para la sostenibilidad del Proyecto Fives Alive!

Fuente: Cortesía de Dr. Sodzi Sodzi-Tetty. Proyecto Fives Alive!

Como resultados de éxito del proyecto, en cuanto a la atención perinatal, a finales del 2009 la cobertura de parto por personal calificado aumentó del 56% al 67%, 8 puntos porcentuales por encima de la media nacional (59%). Para octubre de 2010, la atención post-natal tenía una cobertura del 70%, en comparación con el 10% basal. Estas estrategias formaron parte de los paquetes de cambio como intervenciones asociadas a la disminución de la mortalidad (*ver cuadro 1*).

Los factores que dirigen el éxito de este proyecto nacional se resumen en el reconocimiento del modelo de mejora continua de la calidad por el sistema de salud existente, mientras tanto, el liderazgo del sistema alineó el proyecto a las prioridades de salud nacionales, por otra parte, construir capacidad para la calidad en todos los niveles del sistema ha sido un principio básico para la sostenibilidad de la mejora y esto, a su vez, ha permitido nuevos roles de participación, tanto de los profesionales operativos como de los directivos.

Cuadro 1. Intervenciones asociadas a la disminución de la mortalidad en menores de cinco años.

Driver	Area of Clinical/Community Care	Change concept	Package #	Description of successful change ideas
Delay in Seeking Care	Care-seeking behaviour	Target health education	1A	· Targeted health education on early care-seeking using interactive platforms
			1B	· Community engagement and education via durbar or place of worship
	Referral	Engaging primary providers	1C	· Engagement with health providers (both traditional and allopathic)
Delay in Providing Care	Prompt Diagnosis and Treatment	Triage Fast Track	2A	· Triage system for screening and emergency treatment of critically ill children · Separate U5 OPD services from adult OPD service · Prioritize U5 outpatient care · Prioritize U5 inpatient care
Non-Adherence to Protocols	Adherence to Protocols	Training/ Coaching/ Mentoring	3A	· Training staff on protocols followed by regular coaching and mentoring which include ad hoc testing on site with immediate feedback
			3B	· Training postpartum women and other care givers on hygienic cord care through demonstration, practice and immediate feedback. Midwives and nurses teach
			3C	· Mother-to-mother support group on food choices and frequency of feeding while on admission under mentoring of nurses
			3D	· Empowering nurses to start acting on standard treatment protocols before doctor arrives
		Task-shifting	3D	

Fuente: Cortesía de Dr. Sodzi Sodzi-Tetty. Proyecto Fives Alive!

ESTABLECIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE MEJORA DE CALIDAD

Dr. Andrew Longmate

Líder de la estrategia de Seguridad del Paciente del Gobierno de Escocia

10

Hacia la salud de las poblaciones y la seguridad de los pacientes

35

Escocia, al igual que México, enfrenta retos relacionados con el comportamiento de las enfermedades crónicas. A medida que se envejece aumentan las comorbilidades, lo que representa dificultades para los especialistas médicos. El daño evitable atribuido a la atención médica también es un problema compartido entre los países.

La estrategia nacional del sistema de salud escocés es una estrategia basada en la calidad. A partir del 2010, esta fue postulada con tres ejes: centrada en el paciente, segura y efectiva. **La estrategia se basó en las prioridades de la gente, prioridades que la población detectó y demandó: atención compasiva, colaborativa, proporcionándose en un ambiente limpio y seguro, donde se asegurara la continuidad de atención de forma confidencial y con excelencia clínica.**

Se fundamentó en la triple meta integrando la salud de la población, la experiencia en la atención y la sustentabilidad financiera. **Recientemente se diseñó una estrategia de calidad denominada 20:20, cuyo lema es “cada uno es capaz de vivir vidas más largas más sanas, en casa o en un ambiente de hogar”.** La estrategia busca acciones demográficas y financieras, integración de la salud a la atención social, prevención, anticipación y autocuidado, promoviendo las decisiones de las personas en la atención de la salud.

La estrategia contempla los objetivos de la triple meta:

1. En el aspecto de **experiencia en la atención** recibida se incluyeron como prioridades el cuidado centrado en el paciente, seguro, la atención primaria, la atención no programada y la de emergencia, el modelo de cuidados integrados y la atención de pacientes con enfermedades crónicas múltiples.
2. **La salud de la población** como meta incluyó la atención preventiva infantil, las desigualdades en salud y la prevención.

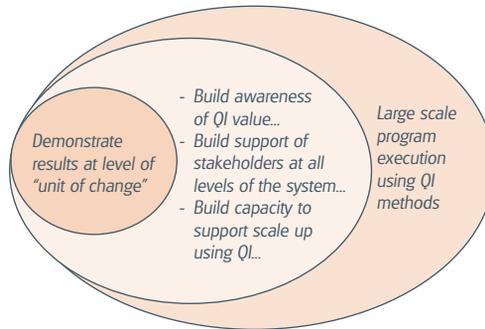


Figura 16. Construcción de una estrategia de mejora de la calidad a partir de diferentes niveles de intervención.

Fuente: Cortesía de Dr. Andrew Longmate.

3. **La sustentabilidad financiera** abordó a la innovación, la *eficiencia y la productividad*.

La estrategia se compuso de diferentes programas, uno de ellos es el Programa Nacional de Seguridad del Paciente que busca reducir el daño, la mortalidad y las complicaciones atribuibles a la atención médica. Este programa *no se diseñó en un salón de comité sino por el personal operativo, las líneas frontales. Se utilizó el método colaborativo de Edwards Deming y se reunió a las personas que tenían voluntad de mejorar los servicios, con experiencia y con conocimiento* de la mejor evidencia. Se abordaron líneas estratégicas como la atención en las unidades de cuidados intensivos, la seguridad quirúrgica y la seguridad en la medicación, entre otras (*ver figura 16*).

El Programa Nacional de Seguridad del Paciente enseña sobre cómo cambiar las conductas y las prácticas clínicas a la cabecera del paciente, se enseña a mejorar los procesos en las áreas operativas. Reconociendo que *la vigilancia y el monitoreo por sí solos no logran cambiar el comportamiento ni promueven la mejora*, es necesario abordar los problemas con transparencia, promoviendo la comunicación y colaboración entre los equipos operativos.

El principio de la mejora de la calidad en el Sistema Escocés es **hacer las cosas comunes de manera descomunamente buena**.

BLOQUES CONSTRUCTIVOS PARA UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

11

Dra. Sheila Leatherman

Research Professor, Escuela de Salud Pública, Universidad de North Carolina en Chapel Hill. *Senior Fellow* del Institute for Healthcare Improvement

Dr. Keddar Mate

Vicepresident, Institute for Healthcare Improvement

Dr. Enrique Ruelas

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Senior Fellow del Institute for Healthcare Improvement

37

Para mejorar la salud de las poblaciones es necesario mejorar los sistemas de salud y para mejorar el sistema de salud es esencial mejorar la calidad, abordando sus seis dimensiones: atención centrada en el paciente, seguridad, efectividad, eficiencia, equidad, y oportunidad (*ver figura 17*).

Un marco para la construcción de una estrategia nacional de calidad en salud parte de tres grandes acciones:

- Incluir estrategias con acciones en sentido arriba-abajo-arriba y, al mismo tiempo, en cuatro niveles de intervención (*ver figura 18*). Construir capacidad para mejorar la calidad en sentido bilateral y convergente, es decir, la calidad de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba



Figura 17. Seis dimensiones para el abordaje de la Calidad en Salud.

Fuente: Adaptado del Institute of Medicine (IOM), *Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21 Century*, National Academy Press, 2001.

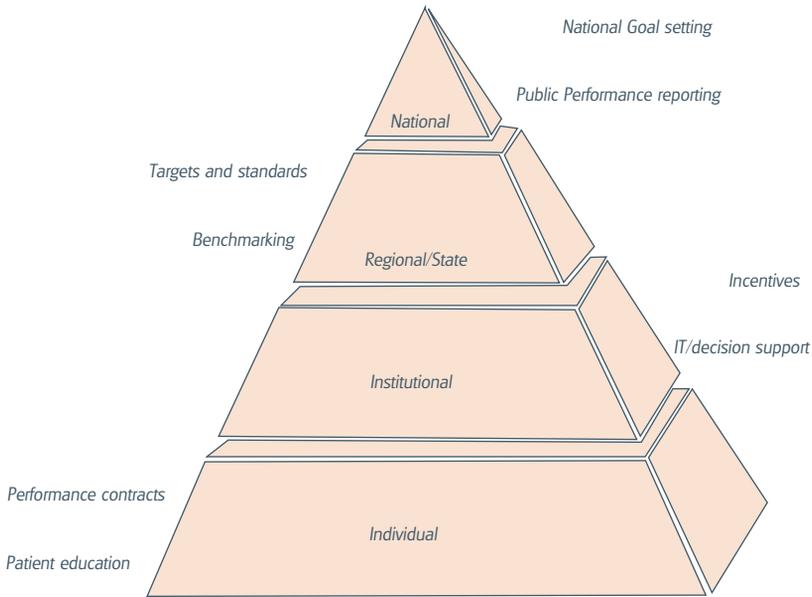


Figura 18. Integrate 4 levels, the portfolio of levers and evidence-based interventions.

Fuente: Cortesía de Dra. Sheila Leatherman. Institute for Healthcare Improvement.

a *nivel nacional*, formulando políticas y proveyendo infraestructura; a *nivel regional/estatal*, dirigiendo y supervisando la implementación y el funcionamiento; a *nivel institucional*, mediante la gobernanza y la administración de operaciones, y a *nivel individual*, por medio de la provisión de servicios profesionales de atención clínica y la responsabilidad individual.

- ***Probar intervenciones basadas en la evidencia.***

Aun en países desarrollados es frecuente encontrar que el personal responsable de la mejora de la calidad desconoce realmente qué hacer, o la base de la evidencia para realizar intervenciones efectivas, por lo cual es necesario determinar cuáles intervenciones son las mejores para dirigirse a ellas como las “*mejores apuestas*”. De forma general, conforme a las experiencias internacionales, se pueden definir seis categorías de intervenciones de mejora de la calidad:

1. Intervenciones enfocadas en el paciente.
2. Intervenciones de regulación, acreditación y certificación (institucional, profesional y del mercado).
3. Intervenciones de mejora a través de incentivos.
4. Intervenciones de mejora de la información.

5. Intervenciones con enfoque en el fomento de la transparencia para la toma de decisiones.
 6. Intervenciones a nivel organizacional, como por ejemplo, el control de infecciones hospitalarias.
- ***Aprovechar el rol del gobierno, de los profesionales y del mercado.***

Utilizar una cartera equilibrada de palancas, reconociendo las funciones cruciales de cada actor.

Las funciones esenciales del gobierno para la mejora de la calidad consisten en la definición y articulación de las prioridades nacionales, en la provisión de infraestructura esencial (financiamiento, políticas y tecnología de la información), la regulación y aseguramiento de estándares mínimos, el uso de datos y reportes como política de transparencia y la activación del poder del bolsillo como mecanismo para la “compra de la calidad”.

39

Las funciones de los profesionales se enfocan en la formulación de paquetes de normas clínicas de atención, en donde los profesionales juegan un papel activo para la asignación de estándares, prácticas y protocolos; en la supervisión clínica rigurosa y revisión entre pares en la aplicación de buenas prácticas; en la auto-regulación de licenciamiento, validación y certificación para la práctica profesional mediante los colegios médicos o de diversas profesiones de la salud, y en la provisión de condiciones aptas para el desarrollo profesional continuo.

Las funciones del mercado, como palanca para la mejora de la calidad, se caracterizan por la formulación y aplicación de incentivos financieros; la evaluación para la toma de decisión de los pacientes y la población con respecto a los servicios de preferencia; por la formulación y publicación de reportes públicos de evaluaciones de desempeño hospitalario o de servicios de diversos niveles de atención y por la participación del sector público en la gobernanza.

Un ejemplo en la aplicación de todos estos conceptos ya mencionados para la construcción de una estrategia nacional es el **caso del Sistema de Salud de Inglaterra**. En 1997, el sistema de salud estaba pasando por una crisis en cuanto a la accesibilidad y oportunidad en la atención y los resultados en la salud de la población eran pobres. Entonces se inició el diseño de una nueva estrategia nacional. El gobierno se comprometió con una década de reformas con enfoque en calidad. Con el cambio de gobierno, se estableció una nueva política de salud mediante una declaración con enfoque en calidad:

“El Nuevo Sistema de Salud (NHS), tendrá la calidad en su corazón... cada componente del NHS y cada persona que trabaja para ello, tomará la responsabilidad de trabajar para mejorar la calidad”.

El gobierno definió la calidad en su sentido más amplio: “**haciendo las cosas correctas, en el momento adecuado, para la gente correcta, y a la primera**”.

Cuando el nuevo gobierno tomó posesión, **inmediatamente estableció prioridades y metas nacionales** (como la atención de grupos poblacionales con patologías específicas: cáncer, diabetes, salud mental, atención de personas mayores y atención infantil, entre otros), **fijó metas numéricas y las hizo públicas** con la intención de que la población conociera y exigiera el logro y la mejora de estas metas. **Se estableció un instituto independiente para la evaluación de estándares clínicos**. Establecieron gobernanza clínica e innovaron el papel de “**zares clínicos**”, es decir, clínicos reconocidos por los colegios que fungían como autoridades para la designación de estándares y buenas prácticas.

A nivel regional, conforme a las prioridades nacionales, **se establecieron programas y proyectos de calidad a gran escala y se estableció el “reporte público”, tanto del desempeño clínico como del financiero**.

A nivel institucional, se promovió e instauró el **análisis comparativo, “benchmarking”**, entre los hospitales y las unidades de atención de salud.

A nivel individual, se realizaron encuentros de pacientes y se formaron redes que se convirtieron en expertas en el establecimiento de estándares, introduciendo el papel de los “**pacientes expertos**”.

A nivel de los profesionales, se introdujo el pago por desempeño y a partir de la aplicación de un conjunto de indicadores de calidad se comenzó la revisión entre pares y se introdujo la modalidad de atención **elegida por los pacientes**.

Todo esto *funcionó como un sistema*: el establecimiento de prioridades funcionó de manera vertical, de arriba hacia abajo. En términos de los recursos, lo que se decidió al nivel central se descentralizó a nivel local, *tomando en cuenta al nivel operativo para la definición de estándares clínicos*.

Como resultado, al poco tiempo de la introducción de estas estrategias disminuyó drásticamente el diferimiento en la atención, la mortalidad evitable y las complicaciones por diabetes, entre otros resultados de salud poblacional; comenzaron a cambiar los paradigmas entre los profesionales de salud, por ejemplo, la revisión entre pares se dejó de percibir como una evaluación subjetiva y se comenzó a ver como una oportunidad para la mejora y la protección de la práctica clínica.

Otro ejemplo lo encontramos en México. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tuvo un desarrollo similar en cuanto al diseño como estrategia de calidad nacional. A partir de los resultados de una encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud (FUNSALUD, 1994), se encontró que el 44% de la población refería un pobre nivel de satisfacción respecto a los servicios de salud, problemas relacionados con la falta de recursos y dificultad en la accesibilidad. Entre los años 1998 y 2000, a través del Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Secretaría de Salud, se evaluó la calidad técnica en 214 hos-

pitales y 1,952 centros de salud y se detectaron grandes variaciones en cuanto a los resultados, de tal manera que era posible encontrar en una misma entidad federativa al hospital mejor evaluado y al que contaba con los resultados más bajos a nivel nacional.

Estas grandes variaciones en la calidad técnica y deficiencias en la percepción de los usuarios, así como el análisis del financiamiento del sistema y el gasto de bolsillo, que se realizó en la misma época en la Fundación Mexicana para la Salud, obligaba a reconocer la necesidad de trabajar a favor de la accesibilidad de los servicios de salud, asegurando que mayor cantidad de población pudiera utilizar los servicios, pero asegurando también la calidad de tal manera que el nuevo gobierno (2000-2006) orientó tres estrategias al mismo tiempo:

1. Cobertura financiera mediante el Seguro Popular, asegurando servicios accesibles.
2. El programa “Arranque Parejo en la Vida” para mejorar la atención materno-infantil.
3. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

41

Si bien se trataba de tres estrategias diferentes, estaban alineadas en cuanto a las prioridades nacionales. Se estableció para la Cruzada Nacional por la Calidad una definición compartida de calidad, representada mediante el acrónimo SONRIE, que significaba: Seguridad, Oportunidad, Necesidades satisfechas, Resultados, Indicadores y Efectividad, mientras que en la dimensión interpersonal las palabras clave fueron Respeto a los pacientes, Información y Empatía.

Se identificaron como retos: mejorar la calidad, disminuir la variación y mejorar la percepción. La estrategia iniciada en el 2000 (que en 2007 se llamaría SI CALIDAD), a través del tiempo y de los cambios de gobierno, como todas las estrategias en todos los países, pasó por altibajos y varios componentes permanecieron y otros se modificaron.

El portafolio de palancas para impulsar la calidad en el sistema de salud funcionó en diferentes grados de efectividad, de tal manera que es posible mencionar algunos aspectos del proceso de aprendizaje en doce años:

- En el papel del gobierno como palanca para promover la calidad ocurrió una desviación en el propósito del mecanismo del Seguro Popular como un mecanismo de “compra de calidad” pues actualmente no se reconoce que debiese ir más allá de la mera transferencia de dinero a los servicios de salud en lugar de ser utilizada para incentivar servicios de calidad.
- En cuanto al portafolio de palancas, en el segmento profesional, se ha minimizado el poder de la revisión entre pares.
- En la palanca del mercado, no se ha utilizado la libre elección de los pacientes como un mecanismo para incentivar la calidad ni el involucramiento de la población en las estructuras de gobierno, sin embargo se creó el concepto de “Aval ciudadano” que fue un gran avance, pero es necesario promover un rol activo en la gobernanza y en la definición de estándares.

- En cuanto a la regulación, se ha avanzado de forma espectacular, pero quizá se ha orientado más a la regulación en sí misma, como una entrada del sistema, sin reconocer como objetivo final de la regulación a la mejora de la calidad.
- En el tema de información y transparencia se avanzó, pero actualmente falta avanzar en indicadores de calidad clínica que permitan la comparación y se reflejen en los sistemas de información institucionales estructurados.
- Diversos tipos de incentivos han funcionado exitosamente, por ejemplo los Premios Nacionales de Calidad, sin embargo se deben buscar mecanismos alternativos para incentivar al personal de las líneas frontales.
- En cuanto al desarrollo de capacidades para la mejora, se han hecho grandes esfuerzos para capacitar al personal en todos los niveles, pero aún falta un análisis profundo para reconocer áreas para la mejora.

Expandir el acceso a la salud es la prioridad de muchos gobiernos, en los casos de Inglaterra y México, probablemente esta necesidad fue el detonador para la construcción de estrategias para la mejora de la calidad de los sistemas de salud. Sin embargo, en muchos gobiernos la calidad viene, con frecuencia, como segundo o tercer objetivo por lo que es necesario reconocer que **las estrategias exitosas en salud son las que contemplan la calidad y el acceso universal al mismo tiempo.**

Este razonamiento orienta a plantear **¿cuáles son los factores catalizadores para promover las reformas hacia la accesibilidad de los servicios de salud con calidad?** (ver figura 19).

La experiencia en varios países reconoce que con frecuencia los pagadores o compradores de los servicios de salud a menudo no son tomados en cuenta para la mejora de la calidad, sin embargo tanto en el ámbito público como en el privado se reconoce que éstos tienen tres funciones básicas que los hacen funcionar como catalizadores:

- El aseguramiento de estándares.
- La motivación o incentivación a los proveedores.
- El fomento en la transparencia de la información.

Por lo tanto, **se reconoce que la población como compradora, pagadora y representando el objetivo final de los sistemas de salud es factor clave en el funcionamiento de servicios de salud accesibles y de calidad.**

Diversas experiencias documentadas en sistemas de salud de países desarrollados y en vías de desarrollo coinciden en la identificación de **bloques constructivos** esenciales para el diseño de estrategias de calidad, los cuales se definen a continuación:

1. Establecimiento de prioridades

Para construir estrategias es necesaria la identificación de aquellos problemas de salud poblacional donde las necesidades son grandes y existen oportunidades factibles para impactar en el bienestar.

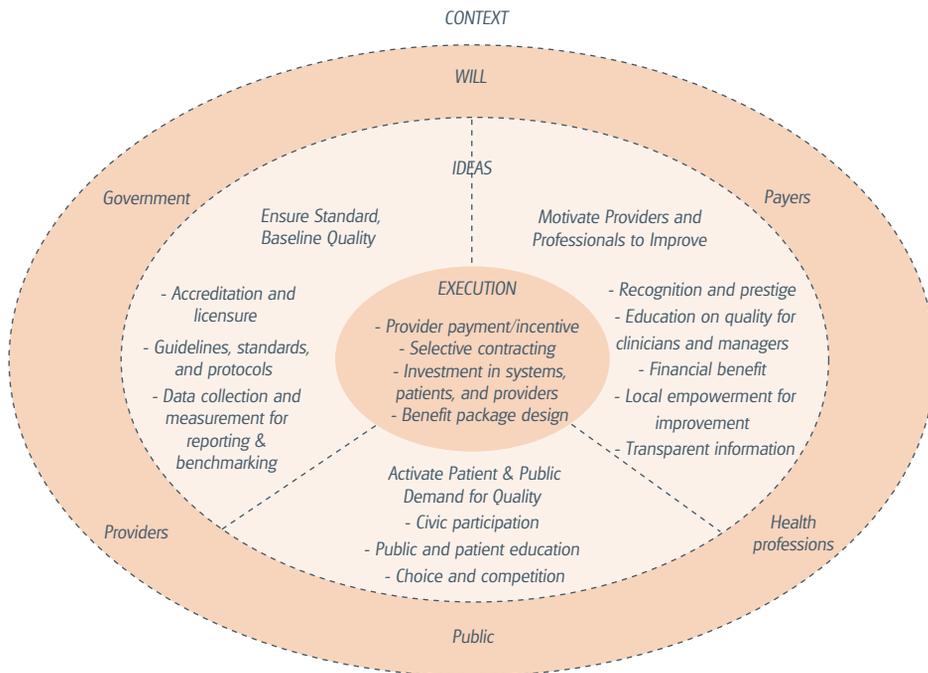


Figura 19. A Framework for Payers to Drive Improvement in National Health Care Quality.
Fuente: Institute for Healthcare Improvement.

Es importante identificar necesidades prioritarias de las poblaciones. El punto de partida para lograr el buen desempeño son las ideas que la gente comparte, por lo tanto, coincidir en una idea, en una prioridad, es crucial, ya que se enfoca la atención y resulta en el fomento de valores y objetivos compartidos, esto es crítico para producir convergencia de los recursos en un sistema de salud fragmentado.

Las estrategias nacionales se diferenciarán de las estrategias regionales o estatales en la forma en como éstas se aborden o apliquen en las áreas de mejora. Quizá las necesidades sean diferentes pero existen necesidades comunes con abordajes similares que permitan la comparación y el aprendizaje interno.

Si bien la priorización es un ejercicio político, se enfoca también en la apertura de la opinión pública que promueva la participación de las partes interesadas. **En este proceso es fundamental la participación de los operativos de las líneas frontales, de los clínicos, quienes están en contacto directo con la población de pacientes. Una estrategia no se crea de la noche a la mañana ni se vende de forma obligada a quienes finalmente la pondrán en práctica.**

El reconocimiento de un sistema de salud deficiente o con escasos recursos debe ser un potente mecanismo para trabajar en una estrategia nacional para la mejora de la calidad donde las “líneas frontales” encuen-

tren un espacio para su participación activa, que resultará en la eficiencia y efectividad de su trabajo. Este tipo de entornos debe llevar a buscar formas alternativas para la priorización de estrategias en términos de las pérdidas o desperdicio de recursos por la falta de calidad.

2. Liderazgo

La responsabilidad y la rendición de cuentas para mejorar la calidad de la atención es dispersa frecuentemente dentro de los gobiernos, entre los sectores público y privado y entre organismos centrales y regionales. Un comité o consejo directivo con liderazgo y representación plural de diferentes interesados para identificar y analizar problemas comunes de calidad puede crear un propósito compartido, agrupar recursos y diseñar estrategias complementarias. La formación de un comité interno gubernamental, o externo, de la iniciativa privada, dependerá del ambiente y la estructura del sistema de salud así como de las prioridades nacionales y los intereses de los actores involucrados.

El predictor más importante sobre la efectividad de un sistema de calidad es el liderazgo y el tipo de liderazgo. La calidad va más allá de la mejora de los procesos y para esto se necesitan líderes que activen el sistema y den señales a los seguidores. El liderazgo de la línea frontal se fundamenta en la búsqueda de señales. Para que los operativos avancen se necesitan líderes comprometidos, éticos, transparentes e innovadores, que remuevan los obstáculos del camino.

De igual forma, **el liderazgo y empoderamiento de los líderes en las líneas frontales es crucial para que las estrategias efectivas puedan ser mantenidas, esto sólo es posible si los cimientos de la mejora se fundaron en la línea frontal y la línea intermedia, así se protege la mejora de la calidad incluso de los cambios políticos.**

Se debe buscar también la alianza con líderes no formales y los sindicatos. El hecho de contar con la participación de los sindicatos y demostrar que su desempeño es un elemento crítico, es clave para que los trabajadores se sientan orgullosos de sus instituciones. Se deben buscar y promover mecanismos para incentivar su participación.

3. Establecimiento de estándares y metas creíbles

El establecimiento de estándares para la prestación de servicios basados en consensos y evidencia científica es fundamental para mejorar la calidad de la atención y proteger a los pacientes de manera confiable. El establecimiento de estándares debe estar fundamentado en la evidencia y en la participación activa de los profesionales, las agrupaciones profesionales y la sociedad.

A su vez, la definición de metas factibles es esencial para lograr la participación de los operativos. Tener resultados a corto plazo, comprobables, a pequeña escala, asegura que las estrategias se puedan diseminar con mayor probabilidad de éxito, lo cual previene la apatía y la resistencia al cambio.

4. Regulación racional

La regulación es un mecanismo clave que puede crear y asegurar las condiciones para proporcionar alta calidad de la atención de muchas maneras, tales como el licenciamiento, la inspección de instalaciones, el establecimiento de requerimientos para la transparencia de información sobre indicadores o precios, entre otros.

5. Desarrollo de datos y capacidad de análisis en todos los niveles

45

Mejorar la calidad depende de tener datos precisos, análisis de mediciones creíbles y el informe de resultados a múltiples audiencias, incluyendo personal de salud, directivos, decisores políticos y público en general.

La recolección de datos debe estandarizarse para ser comparable. **En lugar de pensar en una gran base de datos, se debe pensar en manejar la infraestructura actual, optimizarla.** Los registros cotidianos deben integrarse de tal forma que se puedan utilizar como indicadores de calidad. La credibilidad de los datos depende de las personas que los recolectan y capturan. **Los datos se vuelven útiles cuando se convierten en información y ésta se devuelve a las personas que la producen.**

Se requiere tiempo para construir un buen sistema de datos y es necesario normalizar y estandarizar las mediciones. **Es importante que todos entiendan el por qué se mide pues el objetivo de las mediciones no es medir, sino mejorar.** Cuando esto se comprende, se obtiene colaboración.

6. Involucramiento activo de profesionales de la salud en las líneas frontales

La calidad depende fundamentalmente del conocimiento, las habilidades y actitudes de los profesionales de la salud. Ellos deben estar conscientemente comprometidos en actividades cotidianas de mejora de calidad para que esa mejora de la atención ocurra de manera predecible, consistente y permanente. **El establecimiento de prioridades para la mejora de la calidad entre los profesionales permite la alineación de objetivos y metas compartidas, y la promoción de la transparencia y retroalimentación ayudará a comprender las áreas de oportunidad y las conductas mutuas.**

7. Activación de pacientes y población: voz, educación, acción comunitaria

La población y los pacientes son socios esenciales en la búsqueda de mejor salud a través de estar mejor educados y de ser usuarios inteligentes de los servicios de salud, así como para proveer realimentación sobre sus necesidades y preferencias.

8. Uso de incentivos

Ya sean monetarios, de reconocimiento o de concesión de autonomía, los incentivos son fundamentales para facilitar la implementación de los cambios necesarios para que cualquier sistema de salud mejore. Existen diferentes incentivos para promover la participación de los profesionales de la salud desde diferentes niveles:

- La certificación y recertificación.
- La propiedad o autoridad sobre los resultados de los datos, lo cual abre la oportunidad de la investigación y el reconocimiento por sus pares.
- La motivación interna, como el sentido humano o el sentido de pertenencia institucional.
- La devolución de información sobre resultados respecto a la mejora de la eficiencia en el trabajo.
- El tomar en cuenta sus ideas para los programas o proyectos de mejora.
- La autonomía ganada, coherente con el grado de la aplicación de buenas prácticas.

9. Capacidad de desarrollo de habilidades de mejora de calidad en todos los niveles

Mejorar y gestionar la calidad en los sistemas de salud requiere muchas habilidades diferentes en todos los niveles. Medición de la calidad, análisis, informes comparativos, adherencia a estándares clínicos, seguridad de los pacientes y una variedad de habilidades que requieren entrenamiento y práctica. **Se debe promover el involucramiento de las universidades y escuelas de medicina o de áreas de la salud como espacios donde los profesionales en formación desarrollen capacidades para la mejora, donde diseñen e implementen sus propios proyectos, donde el profesorado tenga conocimiento sobre la mejora de la calidad.** La formación de posgrados de calidad o médicos especialistas con conocimientos de calidad es un área poco explorada que representa una gran oportunidad.

CONCLUSIONES

“La calidad nunca es accidental, siempre es el resultado de una intención, del esfuerzo sincero, de la decisión inteligente y de la ejecución experta. Representa la decisión sabia, entre muchas alternativas”.

JOHN RISKIN, 1919-1990.

1. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad es un compromiso explícito del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. No es posible aspirar a lograr un acceso efectivo a los servicios de salud sin asegurar la calidad. El reto de los sistemas de salud del futuro es evolucionar de la cobertura universal hacia la calidad universal.
2. Los sistemas de salud operan como organizaciones complejas, con múltiples procesos y estructuras con dificultades en la coordinación de los diferentes niveles de responsabilidad y atención. Es necesario enfocar estrategias de mejora de calidad considerando la capacidad organizacional y los perfiles demográficos y epidemiológicos. La calidad debe ser el resultado de un reordenamiento de los diversos elementos que componen los sistemas, por lo tanto, una estrategia nacional de calidad es un tema vertical pero también transversal.
3. Es necesario pensar en nuevos diseños para mejorar la calidad de la atención médica, el acceso y los costos, orientando estrategias que aborden los determinantes de la salud desde la perspectiva de las poblaciones, no sólo intervenciones dentro de las paredes de los hospitales, de tal manera que la mejora de la calidad sea un tema transversal que afecte no sólo las intervenciones clínicas, sino la misión y visión de todo un sistema de salud en todos sus niveles. Para ello, es necesario también migrar de sistemas centrados en las enfermedades a sistemas centrados en las personas.
4. Frente al desafío de las enfermedades crónicas, se ha aprendido que lo mejor no es atender a cada grupo de pacientes de acuerdo con su enfermedad como si éstas fuesen diferentes unas de otras, sino agrupar las intervenciones que atiendan las necesidades comunes de todos ellos mediante lo que puede denominarse “atención completa”, es decir,

alineando equipos de atención de acuerdo con funciones comunes y no con enfermedades aparentemente independientes unas de otras. Esas funciones comunes pueden ser, por ejemplo, el desarrollo de guías clínicas con base en evidencia científica, asegurar el acceso a la atención segura, actividades de atención hacia las comunidades y el apoyo para el cambio de estilos de vida. Para ello, es indispensable abordar los determinantes de la salud que van más allá de lo estrictamente biológico.

5. La “Triple Meta” de la calidad permite abordar y afectar los determinantes de la salud mediante sus tres componentes: **1.** Mejora de la salud de las poblaciones, **2.** Mejora de la experiencia en la atención y **3.** Disminución de los costos per cápita. El liderazgo y el compromiso por la calidad se verá plasmado en la innovación de diseños que integren y busquen el cumplimiento de estos tres objetivos, promoviendo el análisis e integración participativa de diversos actores, incluyendo a los usuarios, los profesionales de la salud, el mercado y los organismos financiadores.
6. La forma tradicional de resolución de problemas de calidad en los servicios de salud, de arriba hacia abajo, esperando que el personal operativo ejecute las estrategias previamente diseñadas, promueve la resistencia al cambio y lleva al fracaso de las intervenciones. No basta con establecer normas, estándares, regulaciones y acreditaciones. La nueva forma de resolver los problemas consiste en enviar el planteamiento del problema a quienes realmente lo conocen, a las líneas frontales (operativos), facilitándoles el conocimiento y capacidades individuales y organizacionales para la mejora sistemática, de tal forma que los profesionales planteen metas locales en condiciones reales, innoven, prueben e implementen soluciones, realizando cambios a través de ciclos de mejora continua, de tal forma entonces que los resultados exitosos en pequeña escala sean aceptados por el personal y luego fácilmente difundidos a otros niveles. Esta forma de “hacer calidad” permite migrar de la demostración de resultados exitosos locales a la disseminación regional y en gran escala (escalamiento).
7. Para realizar un escalamiento efectivo, es necesario contar con funciones transversales que permitan el uso estandarizado de protocolos y guías de práctica clínica, la transparencia y el uso compartido de indicadores de forma local y regional, aprovechando la tecnología como medio para innovar y potencializar las mejoras, dentro y fuera de las paredes de los hospitales y los centros de atención médica. Para ello, es indispensable contar con evidencia científica, capacitación, incentivos, ciclos de mejora continua y un adecuado flujo de los insumos necesarios. Todo ello puede ser potencializado mediante experiencias colaborativas en las cuales varias unidades aprenden simultáneamente a mejorar.
8. Los grandes retos en la mejora de la calidad en una organización de salud son: la implementación de cambios radicales en la forma de cómo los miembros perciben, piensan y se comportan en su entorno laboral; hacer de la calidad parte del trabajo cotidiano; cambiar y aceptar nuevos están-

- dares de funcionamiento; incorporar valores; cambiar el comportamiento relacionado a estructuras jerárquicas, y la alineación de todo lo anterior.
9. La comparación del desempeño entre unidades con base en indicadores y datos sobre procesos es fundamental para que se dé el aprendizaje de unos hacia los otros y la mejora pueda ser acelerada (*benchmarking*).
 10. Comprometer y promover la participación tanto de los proveedores como de los usuarios y sus familias es un motor poderoso para el cambio hacia la mejora de la calidad.
 11. El mejor predictor de éxito de una estrategia de calidad es el liderazgo. La alineación de los objetivos estratégicos de una organización que busca mejor calidad se basa en el compromiso generado por el liderazgo de los altos directivos, mientras al mismo tiempo se forman capacidades para la mejora del personal operativo y se refuerza el liderazgo de los jefes de calidad y los jefes clínicos en un entorno de aprendizaje colaborativo.
 12. La mejora de la calidad dentro de un sistema de salud requiere del abordaje integral de la calidad a partir de sus seis dimensiones: seguridad, efectividad, equidad, oportunidad, eficiencia y atención centrada en el paciente, incluyendo intervenciones basadas en la evidencia, de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, y al mismo tiempo en los diferentes niveles de acción: nacional, regional, institucional e individual, mientras se aprovecha y balancea el rol del gobierno, de los profesionales y del mercado.
 13. En diversas experiencias internacionales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, se han identificado “palancas” esenciales en el diseño de estrategias masivas de calidad: identificación y establecimiento de prioridades compartidas, liderazgo, establecimiento de estándares y metas creíbles, regulación racional, desarrollo y aprovechamiento de sistemas de información para la calidad, involucramiento activo de los profesionales, activación de los pacientes y de la población, el uso de incentivos ligados al desarrollo profesional y humano, y la habilitación para la mejora de la calidad en todos los niveles, es decir, la capacidad para aplicar la ciencia de la mejora continua.

RECOMENDACIONES

*“El verdadero viaje de descubrimiento
no es encontrar nuevas tierras,
sino ver con nuevos ojos”.*

MARCEL PROUST

51

De acuerdo con las experiencias presentadas y las mesas de discusión de las Instituciones participantes en la Cumbre Latinoamericana sobre Calidad y Seguridad hacia la salud de poblaciones, se mencionan a continuación los factores catalizadores para la mejora del sistema de salud en México desde el abordaje de las palancas esenciales para el diseño de una estrategia nacional de calidad:

1. El arranque de una estrategia nacional de calidad para el sistema de salud en México requiere la planeación de un ejercicio político de priorización donde confluyan directivos de las instituciones que conforman el sistema y se promueva la participación de los profesionales y los usuarios. En un sistema fragmentado la priorización es crucial para hacer coincidir voluntades en objetivos comunes. Si bien en México actualmente existen instrumentos para conocer las necesidades de calidad de las poblaciones, los cuales han tenido cierto grado de utilidad desde los comienzos de la Cruzada Nacional por la Calidad, es necesario hacer un alto, analizar y diseñar alternativas que permitan fomentar la participación de los usuarios y de los profesionales que están al frente de los problemas en las áreas operativas. Las prioridades nacionales deberán ser compartidas en cada nivel del sistema de salud: en el nivel nacional, la federación debe definir las y proveer infraestructura para abordarlas; a nivel regional, los Estados, mediante los órganos responsables de la calidad deberán dirigir el diseño de la implementación y la evaluación de acuerdo con las necesidades locales; a nivel institucional deberá asegurarse la gobernanza y la administración de operaciones; mientras que a nivel de los profesionales y de los pacientes, las prioridades deberán moldear el otorgamiento de los servicios y el logro de las metas.

2. Es necesario establecer nuevos diseños para mejorar la calidad, no solamente de las organizaciones de atención sino el sistema de salud en su conjunto. “Transformación organizacional” debe ser un término al que se le dé contenido concreto a través de nuevas estructuras, nuevos procesos y nuevas estrategias.
3. Ya que el liderazgo es un factor crítico sobre la efectividad de un sistema de calidad, se recomienda promover el liderazgo mediante la formación o reforzamiento de un comité, consejo, comisión o dirección nacional de calidad, con liderazgo y representación plural, que cree propósitos compartidos basados en las prioridades de mejora y que al mismo tiempo apoye el liderazgo de los profesionales en las líneas frontales. Se recomienda buscar alianzas con líderes no formales y sindicatos, a fin de compartir esfuerzos a favor de la calidad.
4. Será necesario buscar la participación de los profesionales de la salud para la definición de estándares reales, creíbles y factibles de monitorizar. El rol de las academias, sociedades médicas y de calidad podría representar un área poco explorada en la determinación de estándares. Como parte de la definición de estándares queda claro que se incluye el diseño e implementación de herramientas que permitan la comparación en pequeña y gran escala.
5. Si bien en México existe un sistema de indicadores de calidad bien definido, es necesario avanzar hacia definiciones aún más precisas y específicas y revisar la forma de medirlos así como los estándares deseados ya que de esto deberá depender el establecimiento de metas que funcionen como incentivos o como mecanismos de frustración. Si bien, la plataforma actual de indicadores de calidad ha sido útil a cierta escala y con cierta temporalidad (más de doce años), la necesidad de contar con fuentes de datos y herramientas confiables para monitorizar los procesos y resultados de la calidad ha sobrepasado la utilidad de dicha plataforma. Es necesaria la coordinación con sistemas institucionales maduros, los cuales deben ser sometidos a la mejora de la calidad y a la optimización. Se recomienda llevar a cabo un análisis de los indicadores utilizados para el monitoreo de la calidad en México, la validez de sus herramientas para la recolección de datos y la transformación de la información para la toma de decisiones oportunas. El sistema de indicadores de calidad ha sido por demás aislado y ha duplicado funciones con otros sistemas.
6. Es indispensable considerar los indicadores de la OCDE que son, entre otros posibles, aquellos con los cuales se compara el desempeño de México con respecto a los demás países en términos de la calidad de sus sistemas de salud. Ello no debe implicar necesariamente diseñar nuevos ni más sistemas de información sino aprovechar lo más posible las fuentes de información con las que ya se cuenta.
7. Son evidentes los beneficios de establecer procesos de mejora continua de manera simultánea en varias organizaciones que, de esta manera,

pueden aprender sobre cómo mejorar en forma colaborativa. Para ello, el establecimiento formal de mecanismos de análisis comparativos (“benchmarking”) es indispensable. Lo anterior debe permitir probar métodos y demostrar resultados en unidades modelo para entonces escalar las experiencias de mejora hacia ámbitos más amplios. Las experiencias existentes hasta ahora en diferentes países, incluido México, han demostrado que las estrategias que pretenden implantar mejoras en gran escala desde un principio, no logran los resultados esperados.

8. Los pacientes, sus familias y representantes comunitarios deben ser incorporados cada vez más en la mejora de la calidad de la atención que reciben. Es necesario fortalecer y ampliar el ámbito de acción de los grupos de “Avalés Ciudadanos” y encontrar nuevas fórmulas de participación ciudadana y de los pacientes y familiares, además de ésta.
9. Tradicionalmente se ha hecho uso de incentivos ligados al financiamiento, sin embargo, los resultados de mejora de la calidad relacionada con este tipo de incentivos ha demostrado ser de dudosa utilidad, por lo tanto, se recomienda analizar la utilización de incentivos ligados al desarrollo profesional y humano, la formación de valores y el reconocimiento público de las buenas prácticas.
10. En cada nivel de intervención se debe fomentar la capacidad para la mejora continua. La ciencia de la mejora continua debiera ser parte de la formación de los profesionales en las escuelas y en la práctica clínico-administrativa. Se recomienda la creación de espacios y oportunidades donde los profesionales puedan probar cambios para la mejora de la calidad, fomentando y facilitando las ideas innovadoras. Es necesario impulsar la mejora continua, el uso de la información sobre la evidencia científica disponible y sobre el desempeño logrado, la integración de equipos de la línea frontal de los prestadores de servicios que deben estar empoderados para tomar las mejores decisiones para mejorar sus procesos, el establecimiento de incentivos y el adecuado flujo de recursos (no siempre escasos sino frecuentemente mal organizados).
11. Ello implica que las estrategias para mejorar deben ir en dos direcciones en las jerarquías organizacionales, de arriba hacia abajo y viceversa. Por ello, es indispensable establecer una estrategia nacional que considere los diferentes niveles gerenciales y operativos y defina el papel de cada uno de éstos en ambos sentidos.
12. Las normas, las acreditaciones y las sanciones por falta de cumplimiento no son suficientes. Es indispensable evitar el abuso de estos mecanismos como si fuesen los únicos disponibles para mejorar ya que pueden generar temores y obstaculizar el flujo de la información.
13. En todo lo anterior, el papel de los mecanismos financieros del sistema, tanto el Seguro Popular como las demás instituciones de seguridad social y las compañías de seguros privadas deben tener un papel explícito y claramente asignado para impulsar la calidad hacia el logro de los

estándares establecidos de acuerdo con los indicadores que sean definidos. De otra manera, los recursos financieros continuarán contribuyendo a la equivocada creencia de que “más es mejor” y al desperdicio sin control no sólo del dinero sino de todos los demás recursos que con éste se adquieran, a pesar de lo cual se seguirá diciendo que “como no hay, no se puede mejorar” y así, buscar la salud seguirá entendiéndose como diferente de hacerlo con la calidad que efectivamente permita lograrla.

14. Los nuevos desafíos que imponen las enfermedades crónicas no transmisibles, entre otros problemas emergentes, y los nuevos diseños que se requieren para enfrentarlos exigen apuntar la mira hacia la “Triple Meta”: más salud, mejores experiencias de atención y menores costos per cápita. Lo anterior requiere que los problemas se enfoquen desde la perspectiva de los determinantes de la salud más allá de una visión exclusivamente biológica. De igual manera, es indispensable diseñar modelos de calidad de “atención completa” enfocada no en la atención de enfermedades individuales y aparentemente independientes sino en grupos de pacientes que tienen necesidades comunes de atención, tanto preventiva como curativa y, tanto en su hogar, en la atención de primer nivel y en la atención hospitalaria.
15. La mejora de la calidad debe tender a ser una ciencia que permita demostrar resultados válidos del impacto de estas intervenciones en la salud de las poblaciones.
16. Evitar creencias equivocadas respecto a la calidad:
 - 16.1) **Más es mejor.** Para ello, es indispensable recopilar y fortalecer la información existente que permita demostrar fehacientemente que el incremento de recursos (financieros, infraestructura física, equipos, médicos, enfermeras, etc.) por sí mismos no necesariamente conduce hacia mejores niveles de calidad sino que puede producir daños a los pacientes (por ejemplo, internamientos o cirugías no justificadas que se complican) y desperdicios (por ejemplo, el abuso en la prescripción de antibióticos o el exceso de días de hospitalización, etc.) si no se establecen estrategias para mejorar la calidad, más allá de proporcionar más recursos.
 - 16.2) **Como no hay, no se puede.** A partir de la argumentación anterior será posible demostrar que antes de atribuir la mala calidad a falta de recursos es indispensable utilizar bien los que se tienen. Por otra parte, cuando en efecto hay carencia de recursos elementales, es cuando mayor atención hay que poner a la calidad para que no se deteriore.
 - 16.3) **La calidad es abstracta.** No es posible medirla. No hay duda de que la calidad es siempre un juicio relativo, sin embargo, existen métodos e indicadores que permiten que sea medida y, a partir de ahí mejorarla. Por ello es indispensable que se fortalezcan los indicadores y los sistemas de información para que esa informa-

ción no sólo permita medir la calidad sino, más importante aún, mejorarla con base en evidencias del punto de partida y de los avances logrados.

- 16.4) ***Los que se dedican a mejorar la calidad, estorban.*** Es muy importante que, con base en todo lo anterior, quienes asumen la responsabilidad de impulsar la calidad en las organizaciones de atención a la salud demuestren que contribuyen con los prestadores directos de los servicios de salud a que otorguen servicios de la más alta calidad, no porque hagan mal su trabajo, sino porque siempre es posible mejorarlo con base en información y métodos para lograrlo, que es a lo que se denomina la “ciencia de la mejora”, en lo cual deben ser expertos.
- 16.5) ***Buscar la salud es una cosa, la calidad es otra.*** Con base en la información y la capacitación debe hacerse explícito y evidente que no es posible mejorar la salud si lo que se hace para atenderla no se hace correctamente, es decir, con calidad. De todo lo anterior es posible concluir la necesidad de integrar mensajes claros, concisos y bien sustentados que se dirijan a estudiantes de las profesiones de la salud de pre y posgrado así como a todo el personal de salud para que estas creencias no solamente sean neutralizadas sino que se provoque la necesidad de cambiarlas y, a partir de ahí, las conductas.
17. Como se ha mencionado, es indispensable diseñar una nueva estrategia nacional para mejorar la calidad del sistema de salud que, con base en la experiencia acumulada no sólo en México sino en otros países como aquí se han relatado, considere los diferentes niveles de intervención para darle sentido bidireccional a las decisiones y acciones, las funciones que deben ser desempeñadas en cada uno de esos niveles, los bloques constructivos y las posibles palancas para impulsar y concretar los cambios tendentes a mejorar continuamente. La alineación de todos los componentes, tanto a nivel del sistema de salud como al interior de las organizaciones prestadoras de los servicios es fundamental.

COLABORADORES

Dr. Pierre M. Barker

Vice Presidente Senior del Institute for Healthcare Improvement (IHI), es responsable de la expansión del portafolio de iniciativas de mejora en gran escala de sistemas de salud en países de ingresos bajos y medios. Ha sido Consultor Senior de los programas del IHI en África e India y Director del IHI para proyectos del sur de África. El Dr. Barker nació en Sudáfrica, es pediatra y es una autoridad reconocida en la mejora de sistemas de salud, particularmente en las áreas de salud materno-infantil y en la atención de HIV/SIDA. Antes de incorporarse al IHI fue Director Médico de las clínicas del Children's Hospital de la Universidad de North Carolina (UNC), responsable de liderar iniciativas para mejorar el acceso y la atención a enfermedades crónicas. Asesora a la Organización Mundial de la Salud sobre el fortalecimiento de Sistemas de Salud y el rediseño de guías para la atención HIV y de alimentación infantil.

Maureen Bisognano

Presidenta y Directora Ejecutiva del Institute for Healthcare Improvement (IHI). Fue Vice Presidenta Ejecutiva y Directora Operativa del IHI durante quince años. Es una autoridad prominente en la mejora de sistemas de salud y su experiencia ha sido reconocida al ser elegida miembro del Instituto de Medicina de los Estados Unidos y por su nombramiento en la Commonwealth Fund's Commission sobre Alto Desempeño de Sistemas de Salud, entre otras distinciones. Asesora a líderes de sistemas de salud en todo el mundo y es conferencista frecuente sobre mejora de la calidad en importantes congresos. Es una incansable defensora del cambio. Es Instructora en la Escuela de Medicina de la Universidad Harvard e Investigadora Asociada de la División de Medicina Social e Inequidades en Salud del Brigham and Women's Hospital. Es miembro de los Consejos del Commonwealth Fund y de la Clínica Mayo-au Claire. Antes de incorporarse al IHI fue Directora Ejecutiva del Massachusetts Respiratory Hospital y Vice Presidenta del Instituto Juran.

Alide L. Chase, MS

Vice Presidenta Senior de Calidad y Seguridad del Plan de Salud de la Fundación Kaiser y de la Fundación Kaiser Hospitales. En asociación con la Federación Permanente y el Grupo Médico Permanente es responsable de supervisar los programas de apoyo, desarrollo e implementación de la agenda de mejora de calidad de Kaiser-Permanente. Es la líder del trabajo para desarrollar los planes de ejecución y las mediciones para integrar calidad, recursos, manejo de riesgos, seguridad de pacientes y servicios.

Dr. Jorge Hermida

Director de los Programas de University Research Co., LLC, en América Latina. Dirige y ha dirigido programas de mejora continua en salud en Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Belice, Ecuador, Bolivia, Perú y Uganda. Su experticia incluye la aplicación de la mejora continua de atención a la salud materno-infantil, tuberculosis, planificación familiar, nutrición, adecuación cultural de la atención y la relación entre mejora continua de la calidad y programas de reforma en los sistemas de salud. Posee también experiencia en la expansión a gran escala de mejoras en la atención a la salud que han sido probadas y perfeccionadas inicialmente en escala reducida.

Dr. Niek Klazinga

Es actualmente el Coordinador del Proyecto de Indicadores de Calidad de Atención a la Salud de la OCDE en París. Asimismo, es profesor de Medicina Social en el Centro Médico Académico de la Universidad de Amsterdam. El Dr. Klazinga ha estado involucrado en los últimos veinticinco años en numerosos proyectos de investigación y debates de política pública sobre mejora de la calidad de los sistemas de salud. Actualmente es Profesor Invitado de la Universidad Corvinus de Budapest, asesor de la OMS/Europa, Presidente del Consejo Científico de la Organización Holandesa para la medición sistemática de experiencias de pacientes, miembro del Consejo para la Salud Global del IHI y asesor del Instituto Canadiense de Informática de Salud, miembro del Comité Asesor Técnico del Marco de Referencia de Resultados del Departamento de Salud de Inglaterra y miembro del Consejo Directivo de la Isala Clinics (uno de los hospitales de enseñanza más grandes de Holanda) y Arkin (uno de los hospitales más grandes de atención mental en Holanda).

Dra. Uma Kotagal, MBBS, MSC

Vice Presidenta Senior para Calidad, Seguridad y Transformación del Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Es neonatóloga interesada en investigación de servicios de salud. Es Directora Ejecutiva del

Centro James M. Anderson para la Excelencia de Sistemas de Salud sobre el desarrollo, implementación y estudio de intervenciones para mejorar la salud de los niños. Fue la líder de participación hospitalaria de la Iniciativa Persiguiendo la Perfección de la Robert Wood Johnson Foundation. Es miembro del Instituto de Medicina de Estados Unidos y profesora del IHI.

Dra. Sheila Leatherman

Es profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, profesora asociada distinguida del Darwin College de la Universidad de Cambridge y Senior Fellow del IHI. Conduce proyectos de investigación y análisis de políticas internacionales sobre calidad de la atención, reformas y métodos de evaluación del desempeño de sistemas de salud, particularmente en países de ingresos medios y bajos, así como la integración de micro-finanzas y acceso a servicios de salud. Desde 1997 ha trabajado en el Reino Unido como evaluador independiente del impacto de las reformas gubernamentales para mejorar la calidad del National Health Service (NHS) y en 2007 fue condecorada como Comandante del Imperio Británico por la Reina Isabel II por su trabajo en el Reino Unido en la década pasada. Como Senior Fellow del IHI está enfocada en la evaluación del impacto de estrategias nacionales de mejora de calidad en países de ingresos medios y bajos. Su experiencia en dirección de sistemas de salud incluye haber sido Directora de una HMO como Ejecutiva Senior de United Health Group. Es miembro electa del Instituto de Medicina de Estados Unidos, Honorary *Fellow* del Royal College of Physicians del Reino Unido y autora de la serie de Chartbooks de Calidad en los Estados Unidos, Reino Unido y Canadá.

59

Andrew Longmate, MD

Líder Clínico Nacional de Seguridad de Pacientes del Gobierno Escocés. El Dr. Longmate se graduó de medicina en 1990 y trabajó tanto en Escocia como en zonas rurales de África antes de completar su entrenamiento en anestesiología y medicina intensiva. Fue miembro de la primera cohorte del programa de *Fellowship* de Seguridad de Pacientes de Escocia en 2008. Después de muchos años de trabajo como clínico en medicina crítica y anestesia en el Forth Valley Hospital, ahora combina este trabajo con su interés especializado en la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.

Dr. Kedar Mate

Médico internista. Profesor asistente de Medicina en el Weill Cornell Medical College, Investigador de la División de Salud Global de la Escuela de Medicina de Harvard y profesor del IHI. Es asesor de nume-

rosas iniciativas internacionales dirigidas a fortalecer los sistemas de salud para la atención de HIV, tuberculosis y salud materna e infantil.

Carolyn Scott, RN, M.Ed., MHA

Vice Presidenta de Línea de Servicio, Calidad y Seguridad de Premier, la alianza líder en Estados Unidos con más de 2,700 hospitales y sistemas de salud, y más de 90,000 unidades de atención no aguda, dedicada a mejorar el desempeño de la atención a la salud. Premier ha construido un código de ética para la industria por lo cual ha sido nombrada en cinco ocasiones como una de las Empresas más Éticas del Mundo por Ethisphere y ha ganado el Malcolm Baldrige Award. Carolyn tiene más de veinte años de experiencia en la industria de la salud y ha trabajado con grandes sistemas multi-hospitalarios, centros médicos académicos, hospitales de tercer nivel y en unidades de atención crítica. En su papel en Premier, Carolyn supervisa la dirección estratégica, planeación y ejecución de los esfuerzos colaborativos en calidad y seguridad, incluyendo QUEST y las iniciativas de Partnerships for Patients. Antes de incorporarse a Premier, fue Directora de la práctica de asesoría a servicios de salud de KPMG y fue responsable del portafolio de proyectos de mejora de calidad, aspectos operativos y financieros de la atención. Antes de estar en KPMG fue Directora Senior de la VHA, Inc. (Veterans Health Administration). Tiene una licenciatura en Administración de Empresas-Finanzas de la Universidad de Texas, una maestría dual en Educación/Consejería en Educación Secundaria y Profesional de la Universidad de Texas A&M, y una Maestría en Administración de Salud de la Universidad de Texas en Arlington.

Dr. Sodzi Sodzi-Tetty

Director de los Proyectos Fives Alive!, una sociedad entre el Institute for Healthcare Improvement y el National Catholic Health Service (NCHS) de Ghana. El Proyecto Fives Alive! se dirige a acelerar la reducción de la mortalidad en menores de cinco años en Ghana a través de la aplicación de métodos de mejora continua en colaboración con el Servicio de Salud de Ghana (GHS), el prestador de servicios de salud más grande del país. El Dr. Sodzi-Tetty proporciona liderazgo estratégico, técnico y operativo para mejorar los procesos de salud materna e infantil en gran escala dentro del NCHS y del GHS. Tiene formación en Administración y Dirección de Salud, una licenciatura en Ciencias Biológicas y el grado de Médico de la Escuela de Medicina de la Universidad de Ghana. Tiene posgrado en Salud Pública con especial énfasis en el análisis de políticas y fortalecimiento de sistemas de salud. Sodzi es un escritor activista involucrado con los medios desde hace más de diez años, habiendo escrito numerosos

artículos sobre salud, política y temas sociales desafiantes. Mantiene un blog y es ampliamente publicado en numerosos periódicos incluyendo el diario nacional *Graphic Ghana*. Vive en Accra con su familia.

Somava Stout

Médica, ocupa el cargo de Vice Presidenta de Desarrollo de Atención Centrada en el Paciente en el Hogar de Cambridge Health Alliance (CHA). Es líder de la transformación centrada en el paciente del sistema integrado de salud para apoyar el desarrollo de la atención centrada en la persona de comunidades diversas en zonas marginadas que cubren aproximadamente a 100,000 pacientes. CHA ha recibido premios y reconocimientos a mejores prácticas de la Robert Wood Johnson Foundation y del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por el trabajo de sus equipos de primera línea para el logro de mejoras sustanciales en la experiencia de los pacientes, en el manejo de padecimientos crónicos, en la salud de poblaciones y en la reducción de costos innecesarios. Además, la Dra. Stout es profesora de Liderazgo, Dirección e Innovación del Centro de Atención Primaria de la Escuela de Medicina Harvard y conduce varios cursos de desarrollo para líderes sobre cambio transformacional en sistemas de salud. Recientemente recibió uno de los diez premios a Líderes Jóvenes de la Robert Wood Johnson Foundation por su dedicación a la mejora de la salud y de la atención a la salud en su país.

Esta edición consta de 1 000 ejemplares y terminó de imprimirse en noviembre de 2014 en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental, México, D. F. Hecho en México.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

