

Prestación de servicios de salud de calidad

Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal



Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]

ISBN (OMS) 978-92-4-001603-3 (versión electrónica)

ISBN (OMS) 978-92-4-001604-0 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2020

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS, la OCDE o el Banco Mundial refrendan una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar los logotipos de la OMS, la OCDE o el Banco Mundial. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «Esta es una adaptación de una obra original de la OMS, la OCDE y el Banco Mundial. Las opiniones y puntos de vista expresados en esta adaptación son responsabilidad del autor o autores de la adaptación y no están refrendados por la OMS, la OCDE ni ninguna institución miembro del Grupo del Banco Mundial». Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OCDE o el Banco Mundial. La OMS, la OCDE y el Banco Mundial no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Fotografías de la OMS. Las fotografías de la OMS están protegidas por derechos de autor y no deben reproducirse en ningún medio sin una autorización escrita previa. Las solicitudes de autorización para reproducir las fotografías de la OMS deben dirigirse a: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, la OCDE o el Banco Mundial, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud, la OCDE o el Banco Mundial los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud, la OCDE y el Banco Mundial han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud, la OCDE o el Banco Mundial podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresados en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de la OMS, la OCDE o el Banco Mundial, su Consejo de Administradores o los gobiernos a los que representan. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos incluidos en esta publicación.

Traducido por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.



Contenido

Prefacio	5
Reconocimientos	7
Abreviaturas	9
Resumen ejecutivo	11
Capítulo 1 Antecedentes: la lucha por la calidad en los servicios de atención en salud ?	15
1.1 Evidencia extendida de mala calidad en todos los países	16
1.2 El argumento económico a favor de la buena calidad	17
1.3 La calidad como rasgo fundamental de la cobertura sanitaria universal	18
1.4 Asequibilidad de la calidad para todos los países	20
Capítulo 2 Acerca de este documento	23
2.1 Objetivos	24
2.2 Alcance	24
2.3 Contenido	24
Capítulo 3 Estado global de la calidad de la atención en salud	27
3.1 El imperativo de la calidad para la cobertura sanitaria universal	28
3.2 Definición de la calidad de la atención	31
3.3 Cuadro global de la calidad de la atención en salud	33
3.4 Conclusión	38
Capítulo 4 Construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud	43
4.1 Introducción	44
4.2 Bases para la atención de alta calidad	44
4.3 La calidad de la atención como la base de la atención en salud centrada en personas	53
4.4 La visión: sistemas de salud comprometidos con la atención centrada en personas	56
4.5 Conclusión	58
Capítulo 5 Cómo entender los apalancamientos para mejorar la calidad	61
5.1 Introducción	62
5.2 Cómo impulsar la mejora por medio de una política y estrategia de calidad nacional	62
5.3 Intervenciones en calidad	66
5.4 Consideración y selección de intervenciones de calidad	69
5.5 Conclusión	73
Capítulo 6 El llamado a la acción en calidad	79
6.1 Desarrollo sostenible, calidad y el camino a seguir	80
6.2 Llamado a la acción	80
Referencias	83
Anexo Intervenciones de mejora	93

Figuras

Figura 3.1	Mortalidad media menor a 5 años transversal a dimensiones de inequidad, 2005–2012	28
Figura 3.2	Elementos de calidad en la atención en salud	31
Figura 3.3	Número de viñetas clínicas correctamente diagnosticadas por prestadores de Kenia	34
Figura 3.4	Carga de enfermedad causada por eventos adversos, 2015	35
Figura 3.5	Médico ofrece explicaciones fáciles de entender	36
Figura 3.6	Tendencias en tiempos promedio de espera para reemplazo de cadera	37
Figura 3.7	Calidad estructural y de procesos de servicios de maternidad por nivel de pobreza de condado en Kenia	37
Figura 4.1	Densidad y distribución global de profesionales de salud calificados por región OMS, 2005-2016	45
Figura 4.2	Variaciones en disponibilidad de equipos básicos entre instituciones de atención en salud en África Subsahariana	47
Figura 4.3	La atención primaria como eje de coordinación	57
Figura 4.4	Cinco estrategias para servicios centrados en personas	58

Tablas

Tablas 5.1	Intervenciones de calidad ilustrativas	71
Tablas 5.2	Intervenciones relacionadas con calidad: comprometiendo a los actores clave	74

Recuadros

Recuadro 3.1	Liberia: integrando la calidad en la agenda de salud post-Ébola	30
Recuadro 4.1	Estudio de caso: capacitación y retención de trabajadores de la salud en áreas mal atendidas de las Filipinas	47
Recuadro 4.2	Estudio de caso: Proyecto de Indicadores de Calidad en Atención en Salud de la OCDE	50
Recuadro 4.3	Estudio de caso: mejoramiento del registro civil y estadísticas vitales en Uganda	51
Recuadro 4.4	Estudio de caso: necesidades insatisfechas para la atención de enfermedades crónicas	53
Recuadro 4.5	Estudio de caso: atención primaria en Costa Rica	54
Recuadro 4.6	Estudio de caso: mejoramiento del registro civil y estadísticas vitales en Uganda	55
Recuadro 4.7	Acciones clave: construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud	59
Recuadro 5.1	Estudio de caso: Etiopía – Estrategia Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2016–2020	63
Recuadro 5.2	Estudio de caso: Sudán – Estrategia y Política Nacional de Calidad de la Atención en Salud	64
Recuadro 5.3	Estudio de caso: México – Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de atención en salud	66
Recuadro 5.4	Estudio de caso: Ontario, Canadá – Ley y Estrategia de Atención Excelente para Todos	70
Recuadro 5.5	Acciones clave: cómo entender los apalancamientos para mejorar la calidad	74
Recuadro 6.1	Acciones de alto nivel por parte de grupos clave para la calidad en la atención en salud	81



Prefacio

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) reafirman un compromiso global por lograr cobertura sanitaria universal (UHC, por su sigla en inglés) para el 2030. Esto significa que todas las personas y comunidades, en todas partes del mundo, deben tener acceso a los servicios de salud de alta calidad que necesitan – promocionales, preventivos, curativos, rehabilitativos, o paliativos – sin enfrentar dificultad financiera.

La forma en la que habitualmente medimos el progreso en UHC es a través de la cobertura efectiva de servicios de salud y protección financiera esenciales (asegurando que nadie se empobrezca por mala salud). Pero aún si el mundo lograra cobertura esencial en salud y protección financiera, los resultados en salud seguirían siendo pobres si los servicios fuesen de baja calidad e inseguros. La prestación de servicios de salud de calidad es esencial para la UHC. Este es el foco de este informe.

La evidencia sugiere que la atención deficiente desperdicia recursos significativos y daña la salud de las poblaciones, destruyendo el capital humano y reduciendo la productividad. La calidad de la atención, especialmente la seguridad del paciente, son esenciales para generar confianza en los servicios de salud. También es central para la seguridad global de la salud, la cual comienza con la seguridad de la salud local, y a la vez depende de servicios de salud de primera línea de alta calidad. Los servicios de salud de calidad no solo previenen el sufrimiento humano y aseguran sociedades más saludables, también aseguran mejor capital humano y economías más saludables.

Con demasiada frecuencia, la calidad es percibida como un lujo que solo pueden costear los países ricos. Esta es una falacia. La construcción de servicios de salud de calidad requiere una cultura de transparencia, compromiso, y sinceridad respecto de los resultados, los cuales son posibles en todas las sociedades – sin importar su nivel de ingresos. Alrededor del mundo, abundan lecciones sobre qué funciona y lo que no, ofreciendo una abundante base a partir de la cual se puede escalar rápidamente hacia una revolución en la calidad. La innovación tecnológica juega un papel clave en la oferta de nuevas formas para expandir los servicios de atención en salud de alta calidad, y de costo moderado.

Un enfoque centrado en las personas tiene que ser central para la calidad. Las personas y comunidades deben estar comprometidas con el diseño, prestación, evaluación continuada de los servicios de salud para asegurar que éstos sean contruidos para atender las necesidades locales en salud – en lugar de las de los donantes, intereses comerciales o políticos, o porque «siempre se ha hecho así». Es crítico enfocarse en la calidad, pero el liderazgo también se debe enfocar en la celebración de la excelencia; comunicando con transparencia; y fomentando la colaboración entre equipos clínicos, así como también con pacientes, y la sociedad civil – incluyendo grupos de pacientes, organizaciones no gubernamentales, y grupos comunitarios de base.

Prefacio

La cobertura sanitaria universal no es un sueño a futuro. Ya es una realidad en muchos países; sin embargo, sin servicios de salud de calidad, es posible seguir siendo una promesa vacía. Este informe fundacional hace un robusto caso técnico y político para la inversión en servicios de salud de calidad. El premio colectivo es un mundo más saludable, seguro y justo.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

Director General
Organización Mundial de la Salud

Jim Yong Kim

Expresidente
El Banco Mundial

Angel Gurría

Secretario General
OCDE



Reconocimientos

El presente documento fue elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y el Banco Mundial, bajo la dirección general de Marie-Paule Kieny, ex Sub-Directora General, Grupo de Sistemas De Salud e Innovación, OMS; Timothy Evans, Director Sénior, Práctica Global en Salud, Nutrición y Población, Grupo Banco Mundial; y Stefano Scarpetta, Director de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales, OCDE. El equipo redactor incluyó a Edward Kelley (OMS), Niek Klazinga (OCDE), Ian Forde (OCDE), Jeremy Veillard (Banco Mundial), Sheila Leatherman (Escuela Gillings de Salud Pública Global, Universidad de Carolina del Norte), Shamsuzzoha Syed (OMS), Sun Mean Kim (OMS), Sepideh Bagheri Nejad (OMS) y Sir Liam Donaldson (Enviado OMS para Seguridad del Paciente). El desarrollo del documento fue coordinado por Sepideh Bagheri Nejad.

Los autores desean agradecer a los colegas del Instituto Holandés de Salud Pública y Medioambiente (RIVM), Michael van den Berg y Wilco Graafmans por su aporte al desarrollo del marco conceptual general y contenido del documento, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Caroline Berchet y Luke Slawomirski de OCDE por su contribución a la redacción, y Sagar Dugani y Adanna Deborah Ugochi Chukwuma del Banco Mundial por su ayuda con la revisión del texto en la etapa final.

El documento se benefició de los valiosos aportes del Comité Asesor, compuesto por los siguientes miembros: Sir Liam Donaldson (Presidente), Clifford Hughes, Tawfik Khoja, Jan Mainz, Rashad Massoud, Robin Osborn, Enrique Ruelas, Paul Shekelle, Anuwat Supachutikul y Nana Amma Twum-Danso.

Los estudios de caso de país fueron producidos por las siguientes personas: Daniel Burssa y Eyub Gebretsadik para Etiopía; Sebastian García Saiso, Paulina Pacheco Estrella y Enrique Ruelas para México; Elmuez Eltayeb para Sudán; y Michelle Rossi, Joshua Tepper y Adalsteinn Brown para Ontario, Canadá.

El anexo sobre Intervenciones de mejora fue producido por Sheila Leatherman (Escuela Gillings de Salud Pública Global, Universidad de Carolina del Norte), y Liana Rosenkrantz Woskie, Anthony Moccia, Ruma Rajbhandari y Kim Reimold (la Iniciativa de Harvard sobre Calidad Global en Salud en el Instituto Global de Salud de Harvard).

Queremos dar gracias a Gheorghe Sorin Banica y Laura Pearson por el apoyo administrativo y a Gary Humphreys por la redacción del borrador inicial del documento.

También deseamos agradecer a los siguientes pares revisores: Donald Berwick, Helen Haskell, Margaret Kruk y Ephrem Lemango.

Finalmente, quisiéramos expresar nuestros reconocimientos a los muchos otros miembros del personal directo de las tres organizaciones aliadas quienes contribuyeron a este documento. Sin su dedicación, apoyo y conocimiento experto no hubiera sido posible este trabajo.

Yetmgeta Abdella, Najeeb Al Shorbaji, Benedetta Allegranzi, Broog Alsadhan, Shannon Barkley, Marie-Charlotte Bouesseau, James Campbell, Meena Cherian, Mickey Chopra, Krycia Cowling, Jishnu Das, Neelam Dhingra-Kumar, Joan Dzenowagis,

Reconocimientos

Peter Engelfriet, Linda Freiheit, Ruben Frescas, Michele Gragnolati, Michelle Karen Funk, Javier Gomez Batiste-Alentorn, Joyce Hightower, Maki Kajiwara, Rania Kawar, Michael George Kay, Claire Kilpatrick, Ramesh Krishnamurthy, Angela Lashoher, Agnès Leotsakos, Manon Lette, Akiko Maeda, Nicola Magrini, Elizabeth Mason, Kellie McGee, Nana Mensah Abrampah, Hernan Montenegro Von Mühlenbrock, Margaret Murphy, Jillian Oderkirk, Shanti Pal, Felicity Pocklington, Nittita Prasopa-Plaizier, Paul Peter Schneider, Emma Scholar, Maria Cecilia Sepulveda Bermedo, Maria Angelica Sousa, Julie Storr, Nuria Toro Polanco, Andreas Ullrich, Krisantha Weerasuriya, Erica Wheeler, Tana Wuliji, Mohammad Taghi Yasamy, Junping Yu, Hongwen Zhao y Hao Zheng.



Abreviaturas

AVAD	años de vida ajustados por discapacidad
CAIS	centros de atención integral en salud
CDS	soporte a las decisiones clínicas
EBAIS	equipos básicos de atención integral de salud
ETS	evaluación de tecnologías de salud
EuroHOPE	Resultados, Desempeño y Eficiencia en Salud Europea (proyecto) [European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency]
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
P4P	pago por desempeño
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development



Resumen ejecutivo

El presente documento – *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal* – describe el papel esencial de la calidad en la prestación de servicios de atención en salud. En la medida en que las naciones se comprometen con lograr cobertura sanitaria universal para el 2030, existe un creciente reconocimiento de que la atención en salud óptima no se puede prestar simplemente asegurando la coexistencia de infraestructura, suministros médicos y prestadores de atención en salud. La mejora en la prestación de atención en salud requiere un enfoque deliberado en la *calidad* de los servicios de salud, lo cual involucra prestar atención efectiva, segura, centrada en las personas que sea oportuna, equitativa, integrada y eficiente. La calidad de la atención es *el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de los resultados deseados en salud y son congruentes con el conocimiento profesional actual*.

Los datos muestran que la calidad de la atención en la mayoría de los países, particularmente los países con ingresos bajos y medios, es subóptima, según lo revelan los siguientes ejemplos.

- La adherencia a guías de práctica clínica en ocho países con ingresos bajos y medios fue por debajo del 50% en varias instancias, resultando en atención prenatal y de infancia de baja calidad y planificación familiar deficiente.
- La Iniciativa de Indicadores de Prestación de Servicios en siete países con ingresos bajos y medios mostró una variación significativa en ausentismo de prestadores (14,3–44,3%), productividad diaria (5,2–17,4 pacientes), precisión diagnóstica (34–72,2%), y, adherencia a guías clínicas (22–43,8%).
- Una revisión sistémica de 80 estudios mostró que la práctica clínica subóptima es común en las instalaciones de atención primaria en salud, tanto privadas como públicas, en varios países con ingresos bajos y medios.
- Datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para países de ingreso alto y medio muestran que 19–53% de las mujeres entre los 50–69 años no recibieron mamografía de tamizaje, y 27–73% de adultos mayores (de 65 años y más) no recibieron vacuna de influenza.

MEJORES RESULTADOS EN SALUD POR MEDIO DE MEJORAS EN CALIDAD

Los servicios de salud de alta calidad involucran la atención correcta, en el momento correcto, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. La atención en salud de calidad aumenta la probabilidad de resultados en salud deseados y es coherente con las siete características medibles: efectividad, seguridad, centralidad en las personas, oportunidad, equidad, integración de atención y eficiencia. En Pakistán, por ejemplo, el aumento de la accesibilidad en el primer contacto con trabajadores de la salud por medio del Programa de Trabajadoras de la Salud mejoró el manejo de la neumonía y redujo la mortalidad neonatal.

CONSTRUCCION DE MECANISMOS DE CALIDAD EN LAS BASES DE LOS SISTEMAS DE ATENCION EN SALUD

Los cinco elementos fundacionales críticos para la prestación de servicios de atención en salud de calidad son los trabajadores de la salud; instituciones de atención en salud; medicamentos, dispositivos y demás tecnologías; sistemas de información; y financiamiento. Para garantizar que la calidad se incorpore en las bases de los sistemas deben trabajar juntos gobierno, formuladores de políticas, líderes del sistema de salud, pacientes y clínicos para:

- garantizar una fuerza de trabajo en de la salud de alta calidad;
- garantizar la excelencia en todas las instalaciones de atención en salud;
- garantizar el uso seguro y efectivo de medicamentos, dispositivos y demás tecnologías;
- garantizar el uso efectivo de sistemas de información de la salud;
- desarrollar mecanismos de financiamiento que soporten la mejora continua de calidad.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad es un concepto complejo y multifacético que requiere el diseño y despliegue simultáneo de combinaciones de intervenciones discretas. El desarrollo, refinación y ejecución de una política y estrategia de calidad nacional es una prioridad creciente en la medida en que los países se esfuerzan para mejorar sistemáticamente el desempeño del sistema de salud. La mayoría de las aproximaciones hacia el desarrollo de una estrategia nacional de calidad involucran uno o más de los siguientes procesos:

- una política de calidad y estrategia de implementación como parte del plan formal nacional del sector salud.
- un documento de política de calidad desarrollado como un documento nacional autónomo, normalmente dentro de un proceso de múltiples partes interesadas, liderado o apoyado por el ministerio de salud;
- una estrategia nacional de calidad – con una agenda de acción detallada – que también incluya una sección sobre áreas esenciales de política;
- habilitar legislación y estatutos regulatorios para apoyar la política y la estrategia.

Siete categorías de intervenciones se destacan y son consideradas rutinariamente por partes interesadas del sistema de salud, incluyendo prestadores, administradores y formuladores de políticas, cuando intentan mejorar la calidad del sistema de atención en salud:

- cambiar la práctica clínica de primera línea
- establecer estándares;
- atraer y empoderar pacientes, familias y comunidades;
- información y educación para trabajadores de la salud, administradores y formuladores de políticas;
- uso de programas y métodos de mejora continua de calidad;
- establecer incentivos basados en desempeño (financieros y no financieros);
- legislación y regulación.

Selección por parte de los gobiernos de una gama y mezcla de intervenciones de calidad se deben hacer examinando cuidadosamente las intervenciones de mejora de calidad basadas en evidencia en relación con el ambiente del sistema; reduciendo el

daño; mejora en la atención clínica; y compromiso y empoderamiento del pacienteQQ, familia y comunidades.

COMPARTIR LECCIONES APRENDIDAS PARA EL ESCALAMIENTO DE INTERVENCIONES EXITOSAS

Varios países están desarrollando innovaciones para mejorar los diferentes aspectos de calidad. Según se describe en este documento, muchos países con ingresos bajos y medios han desarrollado intervenciones exitosas, pero requieren una plataforma global para compartir conocimientos. Esto permitirá a los países aprender de las intervenciones exitosas y adaptarlas a sus poblaciones locales. Esto también permitirá a los países evitar dirigir esfuerzos hacia intervenciones fallidas.

Mejorar la calidad de la atención ha mostrado ser retador para todas las naciones. Sin embargo, brindar atención de calidad a las personas en todas partes sigue siendo la responsabilidad y oportunidad compartida más importante para mejorar la salud de las personas a nivel global. Con un énfasis deliberado en la calidad, las naciones podrán hacer progreso significativo hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y alcanzar la cobertura sanitaria universal.

LLAMADO A LA ACCIÓN

Este documento, desde la perspectiva de tres instituciones globales interesadas en la salud – OCDE, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud – propone un camino a seguir para los formuladores de políticas de salud, buscando alcanzar el objetivo de acceso a servicios de salud de alta calidad centrados en las personas para todos.

Se reclaman acciones de alto nivel de cada uno de los grupos clave que deben trabajar juntos con un sentido de urgencia para apoyar la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para que se logre atención en salud mejor y más segura.

Todos los gobiernos deben:

- tener una política y estrategia de calidad nacional;
- demostrar rendición de cuentas para prestar un servicio seguro de alta calidad;
- garantizar que las reformas impulsadas por el objetivo de cobertura sanitaria universal incorporan la calidad en las bases de sus sistemas de atención;
- garantizar que los sistemas de salud tengan una infraestructura de información y tecnología de información capaz de medir y reportar la calidad de la atención;
- cerrar la brecha entre el desempeño real y el alcanzable en calidad;
- fortalecer las alianzas entre los prestadores de salud y usuarios de salud que impulsan la calidad de la atención;
- establecer y sostener una fuerza de trabajo de profesionales de salud con la capacidad y competencia para atender las exigencias y necesidades de la población para atención de alta calidad;
- comprar, financiar y comisionar con base en el principio de valor;
- financiar la investigación de la mejora de calidad.

Todos los sistemas de salud deben:

- implementar intervenciones basadas en evidencia que demuestran mejora;
- hacer benchmarking frente a sistemas similares que están entregando mejor desempeño;

- garantizar que todas las personas con enfermedades crónicas sean habilitadas para minimizar el impacto sobre la calidad de sus vidas;
- promover los sistemas culturales y prácticas que reduzcan el daño a los pacientes;
- desarrollar resiliencia para permitir la prevención, detección y respuesta a las amenazas a la seguridad de la salud por medio de atención focalizada en la calidad;
- establecer la infraestructura para el aprendizaje;
- prestar asistencia técnica y gestión del conocimiento para la mejora.

Todos los ciudadanos y pacientes deben:

- estar empoderados para participar activamente en la atención para optimizar su estado de salud;
- jugar un papel preponderante en el diseño de nuevos modelos de atención para satisfacer las necesidades de la comunidad local;
- ser informados que tienen el derecho al acceso a atención que cumple estándares modernos de calidad;
- recibir apoyo, información y habilidades para manejar sus propias condiciones de largo plazo.

Todos los trabajadores de la salud deben:

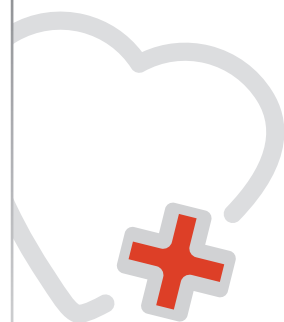
- participar en mediciones y mejoras de calidad con sus pacientes;
- adoptar una filosofía de práctica de trabajo en equipo;
- ver a los pacientes como aliados en la prestación de atención;
- comprometerse con suministrar y utilizar datos para demostrar la efectividad y seguridad de la atención.

Aunque un único actor no podrá efectuar todos estos cambios, un enfoque integrado por el cual diferentes actores trabajen juntos para lograr su porción, tendrá un efecto demostrable en la calidad de los servicios de atención en salud alrededor del mundo.

Capítulo

1

Antecedentes: la lucha por la calidad en servicios de atención en salud

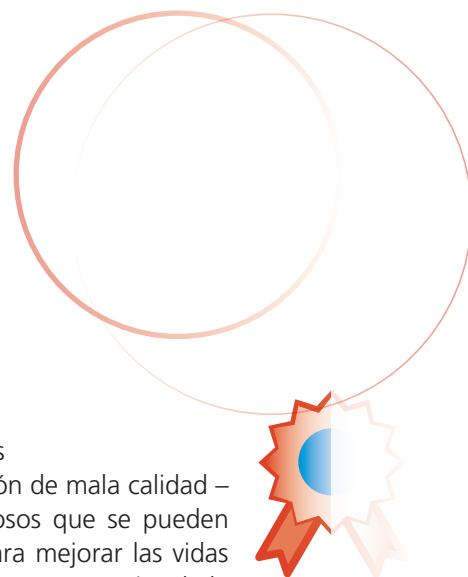


La cobertura sanitaria universal es un objetivo importante y noble. Consagrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la cobertura sanitaria universal aspira a brindar seguridad en salud y acceso universal a servicios esenciales de atención sin dificultades financieras para los individuos, familias y comunidades, así permitiendo una transición a sociedades y economías más productivas y equitativas.

Pero la cobertura sanitaria universal no se debe discutir y planificar, mucho menos implementar, sin enfocarse en la calidad. Es esencial garantizar que la atención sea efectiva, segura, y en consonancia con la preferencia y necesidades de las personas y comunidades que se están atendiendo. Más aún, la prestación de la atención debe ser oportuna y equitativa entre las poblaciones, coordinada a través de una atención ininterrumpida y a lo largo del curso de la vida, al tiempo que minimiza el desperdicio de recursos.

La calidad de la atención, por tanto, sustenta y es fundamental para la cobertura sanitaria universal. Puesto que, si no se garantiza la *calidad* de la atención, ¿qué sentido tiene ampliar el *acceso* a la atención? El acceso sin calidad se puede considerar una promesa vacía de cobertura sanitaria universal.

La calidad no es una prerrogativa de los países de ingresos altos. Si los países pueden permitirse brindar cualquier atención en salud – y aún los más pobres pueden y deben hacerlo – éstos deben brindar atención de buena calidad. La alternativa – atención de mala calidad – no solo es dañina, sino que también desperdicia recursos valiosos que se pueden invertir en otros impulsores de desarrollo social y económico para mejorar las vidas de los ciudadanos. Se gastan miles de millones de dólares en las consecuencias de la atención de mala calidad – dinero que puede financiar colegios, servicios sociales e infraestructura. Y la mala calidad también puede minar la confianza de la población en los beneficios de la medicina moderna. Visto de este modo, la cobertura sanitaria universal sin calidad de la atención es un trabajo a medio hacer.



1.1 EVIDENCIA AMPLIA DE MALA CALIDAD EN TODOS LOS PAÍSES

Se ha hecho mucho progreso en mejorar algunos aspectos de la calidad de la atención en salud por todo el mundo, por ejemplo con respecto a las tasas de supervivencia de cáncer y mortalidad por enfermedades cardiovasculares (1, 2). Pero en otras áreas, el progreso ha sido lento y desigual.

Los números hablan por si solos.

- En países de ingresos altos, uno de cada 10 pacientes se afecta en forma adversa durante el tratamiento (3).
- En países de ingresos altos, siete de cada 100 pacientes hospitalizados pueden esperar contraer una infección asociada a la atención en salud (en los países en desarrollo esta cifra es uno de cada 10), infecciones que puede evitarse fácilmente por medio de mejor higiene y el uso inteligente de antimicrobianos (4).
- Las variaciones injustificadas en la prestación y entrega de atención en salud persisten, y una proporción considerable de pacientes no recibe atención apropiada, basado en evidencia (5, 6).
- Las tasas de vacunación contra la influenza varían entre los países de ingresos altos desde el 1% hasta más del 78%, pese a una meta del 75% para el 2010 establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003(7).

- La resistencia antimicrobiana se ha vuelto un problema mayor de salud pública, en parte debido al mal uso y uso excesivo de antimicrobianos en la atención en salud (8).
- Globalmente, el costo asociado con errores de medicación se ha estimado en US\$ 42 mil millones anualmente, sin contar salarios perdidos, productividad perdida o costos de la atención en salud (9).
- Aunque la tasa de asistencia experta al nacimiento aumentó del 58% en 1990 al 73% en el 2013, principalmente debido a aumentos en nacimientos en instalaciones [de salud], todavía hay demasiadas mujeres y bebés quienes, incluso después de llegar a una instalación de salud, mueren o desarrollan discapacidades
- para toda la vida debido a la atención de mala calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 303.000 madres y 2,7 millones de neonatos mueren anualmente al momento del parto, y que muchos más son afectados por enfermedades prevenibles. Más aún, se presentan unos 2,6 millones de bebés mortinatos cada año (10, 11).
- Casi el 40% de las instituciones de atención en salud en países con ingresos bajos y medios carecen de agua y casi el 20% carecen de saneamiento – las consecuencias para la calidad de la atención son claramente evidentes (12).
- Las estimaciones entre países de la distribución del diagnóstico y control de presión arterial elevada en países seleccionados por fuera de la OCDE destacan la importancia de servicios preventivos de calidad. En la mayoría, al menos la mitad de los adultos con presión arterial elevada no han sido diagnosticados por hipertensión. La cobertura del tratamiento de hipertensión es, por tanto, baja, desde el 7% al 61% entre las personas quienes han presentado presión arterial elevada en encuestas de hogar. No obstante, la cobertura efectiva es considerablemente más baja que la cobertura en sí, que va desde el 1% hasta el 31%, indicando un problema de calidad (13).

1.2 EL ARGUMENTO ECONÓMICO A FAVOR DE LA BUENA CALIDAD

Más allá de los efectos sobre las vidas de las personas, la atención de mala calidad desperdicia tiempo y dinero. Hacer de la calidad una parte integral de la cobertura sanitaria universal es tanto un asunto de luchar por vidas más largas y mejores, así como una necesidad económica. Integrar la calidad en los sistemas de salud es costeable para los países en todos los niveles de desarrollo económico. De hecho, la *falta* de calidad es un costo inasequible, especialmente para los países más pobres.

La calidad de la atención deficiente no sólo contribuye a la carga global de enfermedad y necesidades de salud no atendidas, también ejercen un impacto económico sustancial, con consecuencias considerables en cuanto a costo para los sistemas de salud y las comunidades en todo el mundo. Aproximadamente el 15% del gasto hospitalario en países de ingresos altos se utiliza para corregir las complicaciones prevenibles de la atención y el daño al paciente. La atención de mala calidad afecta a los grupos más vulnerables en la sociedad de manera desproporcionada, y los costos económicos y sociales más amplios del daño a pacientes causados por la discapacidad, impedimento y productividad perdida suman billones de billones de dólares cada año (14).

Adicionalmente, la duplicación de servicios, atención ineficaz y las admisiones hospitalarias evitables – rasgos de muchos sistemas de salud – generan un desperdicio considerable. Hasta la quinta parte de los recursos en salud se despliegan en formas que generan muy pocas mejoras en ésta. Estos recursos escasos se podrían desplegar de manera mucho más efectiva (3).

1.3 LA CALIDAD COMO RASGO FUNDAMENTAL DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La calidad no llega automáticamente, ésta requiere planeación, y debe ser una prioridad claramente identificada de la cobertura sanitaria universal, junto con el acceso, cobertura y protección financiera. Este documento muestra que la incorporación de la calidad en los sistemas de salud es posible si se siguen un número de pasos y se aplican principios, a saber, la transparencia, centralidad en las personas, medición y generación de información, e inversión en la fuerza de trabajo, todos sustentados por el liderazgo y una cultura de apoyo. Contando con estos fundamentos, las intervenciones y prácticas comprobadas para asegurar la calidad – tales como lavado de manos, protocolos de tratamiento, listas de verificación, educación, e informes y retroalimentación – se pueden implementar y sostener.

La transparencia es primordial. Ésta es el cimiento del aprendizaje y mejoras continuadas. La conclusión dominante a partir de 15 revisiones de la calidad en sistemas de salud nacionales realizadas por la OCDE entre 2012 y 2016 fue la necesidad de mayor transparencia acerca del desempeño en términos de calidad y resultados de la atención (15). Un componente clave de la transparencia es ser abiertos y honestos respecto de resultados, incluyendo lapsos y errores. En un entorno de este tipo, éstos se vuelven oportunidades para aprender, como es el caso en otros sectores, incluyendo el del transporte aéreo. Los resultados exitosos se deben celebrar y compartir por las mismas razones. Puede tomar tiempo construir esta cultura de transparencia, pero se puede y se debe infundir en todos los sistemas de salud, sin importar los recursos disponibles.



Involucrar a personas y comunidades en su propio cuidado y en el diseño de sus servicios de salud se reconoce ahora como un determinante clave de mejores resultados. Las personas y las comunidades en las que nacen, se crían, viven, trabajan y buscan esparcimiento están en el centro de prestación de servicios de salud de calidad. Las personas quienes están activamente involucradas en su propia salud y cuidado sufren menos complicaciones y disfrutan de mejor salud y bienestar. A nivel clínico, esto significa habilitar a los pacientes como aliados en su cuidado y en las decisiones clínicas, y para que manejen activamente su salud. La centralidad en las personas es el “portal a todas las calidades” (16). Con certeza, el hilo conductor de las historias de éxito detalladas más adelante en este documento es poner las necesidades y valores del paciente al frente y en el centro. Esto significa cuidar con compasión y respeto.

Pero la centralidad en las personas va más allá de la atención individual. Las personas y pacientes deben estar involucradas en el establecimiento de prioridades y en el desarrollo de políticas. En ninguna parte es más importante esto que en la atención primaria y comunitaria. Estos servicios se tienen que diseñar con aportes de las comunidades a las que sirven, con base en sus necesidades y preferencias únicas, según se discute en el Capítulo 4 de este documento.

La calidad requiere **la medición y generación de información.** La atención en salud es cambiante en todo momento, de manera que la calidad se tiene que monitorear y evaluar en forma continua para impulsar la mejora. Esto depende de información precisa y oportuna. La industria bancaria dedica el 13% de su ingreso a sistemas de información. La atención en salud invierte menos del 5% – un monto ínfimo para un sector intensivo en información. Y cuando existen los datos generados por los sistemas de salud se concentran demasiado a menudo

en insumos y volumen de actividades. Esto tiene que cambiar si la calidad se ha de convertir en una parte rutinaria de la atención en salud. Se deben integrar métricas confiables de calidad en las infraestructuras nacionales de información en salud – esto es aún más importante que medir entradas. En el espíritu de la transparencia, la información debe estar disponible a todos los actores relevantes, incluyendo pacientes, prestadores, reguladores, compradores y formuladores de políticas.

Se deben medir todas las dimensiones de la calidad. Es importante saber acerca de la adherencia a protocolos esenciales y la calidad de los procesos y vías, por ejemplo, la higiene de manos; listas de verificación de seguridad quirúrgica; adherencia a guías de práctica clínica, y resultados clínicos, por ejemplo, readmisiones, tasas de mortalidad, reacciones adversas a medicamentos, supervivencia luego de diagnóstico de cáncer y control adecuado de glicemia durante el embarazo. Pero también se debe generar conocimiento sobre los resultados y experiencias de atención que son valorados por los pacientes por medio de la medición de indicadores de calidad informados por pacientes y comunidades (17). Todo esto se debe hacer con una mirada clara sobre los vínculos fuertes entre la medicación y mejoras – la medición por sí sola no mejorará la calidad.

Es crítica una fuerza de trabajo diestra, motivada y adecuadamente apoyada. Los prestadores de atención en salud quieren brindar la mejor atención a sus pacientes. A menudo, sin embargo, los sistemas y entornos en los que trabajan hacen difícil esta tarea. Muchos países enfrentan deficiencias significativas tanto en la cantidad como en la calidad de su fuerza de trabajo. Por supuesto, no toda la atención debe ser brindada por doctores. Enfermeras, trabajadores comunitarios y aliados, coordinadores de atención y administradores juegan todos papeles importantes en la prestación de atención de alta calidad en el siglo 21. Es posible alcanzar calidad alta apalancando sus destrezas a través de toda la cadena de producción en salud (18).

En la prestación de atención de alta calidad, el conocimiento técnico se tiene que aumentar por la habilidad de comunicar y trabajar como equipo con otros profesionales, y de aliarse con los pacientes y sus cuidadores. También requiere una fuerza de trabajo entrenada en los principios y prácticas de mejora continua de calidad, así como el reconocimiento del “currículo oculto” que surge de la falibilidad de los sistemas diseñados por humanos. La calidad es también una función de lo bien que estén organizados e integrados los esfuerzos con otros sectores, teniendo en cuenta los patrones de comportamiento, interacción humana y relaciones. Esto a su turno depende de los incentivos existentes, incluyendo el financiamiento y remuneración, regulación, informes y retroalimentación, que se tienen que incorporar cuidadosamente en todos los procesos e instituciones. A final de cuentas, los sistemas proveen el suelo fértil en el que la práctica y mejora de alta calidad pueden florecer.

Ninguna de las anterior es posible sin **liderazgo y una cultura habilitante**. Una cultura boyante en la que todos los actores están motivados para colaborar, comunicar y trabajar con sus comunidades para brindar atención centrada en personas de alta calidad, sin temor o intimidación, ha demostrado que produce mejores resultados (19). Muchos factores influyen una cultura de este tipo de mejora continua de calidad. Primero y primordialmente, se debe cultivar un entorno transparente, como se describe arriba. Son igualmente importantes la capacitación y socialización de los



trabajadores, medidas de mejora, retroalimentación sobre el desempeño, y aprendizaje compartido, así como factores macro tales como los incentivos financieros. Pero el ingrediente clave es la coherencia del liderazgo desde los gobiernos, formuladores de políticas, líderes clínicos, administradores del sistema de salud y la sociedad civil. Esto no requiere un nivel de recursos – más bien requiere inversión en un cambio cultural hacia la transparencia para el mejoramiento continuo.

Estos fundamentos proveen la columna vertebral para políticas y prácticas para mejorar continuamente la calidad de la atención en salud. Pero la calidad debe ser la responsabilidad de todas las partes interesadas e instituciones. Esto debe ser apoyado por una dirección estratégica nacional cristalina, con objetivos y metas bien definidos, y una participación robusta de partes interesadas a través de todo el sistema de salud, así como también con otros sectores.

1.4 ASEQUIBILIDAD DE LA CALIDAD PARA TODOS LOS PAÍSES

Aunque pueda parecer ambiciosa la atención en salud de alta calidad, ésta se puede lograr en todos los entornos con buen liderazgo, planeación robusta e inversión inteligente. En Uganda, por ejemplo, un modelo que involucra ciudadanos y comunidades en el diseño de servicios de atención en salud ha mejorado una gama de indicadores, incluyendo una reducción en mortalidad infantil del 33% (20). Costa Rica ha logrado mejoras asombrosas en la calidad de la atención primaria por medio de una estrategia cuidadosamente planeada, implementada y bien dotada de recursos (21). Estos y otros ejemplos se muestran más adelante en el documento.

Para países con ingresos bajos y medios, abordar la calidad al tiempo que se construye la cobertura sanitaria universal es una oportunidad enorme. Un sistema de salud que está madurando y se está consolidando puede ser influenciado, encauzado y fomentado en la forma deseada. La calidad puede ser integrada en políticas, procesos e instituciones a medida que crece y se desarrolla el sistema.

El reto es cómo aprender de las experiencias – tanto los éxitos como también (y especialmente) los errores – de los sistemas de salud en países de ingresos altos. Una lección clave es que adaptar la calidad a sistemas de salud consolidados es realmente posible, pero puede ser arduo; más bien, la calidad se debe construir desde el comienzo, junto con el acceso, cobertura y protección financiera.

Por supuesto, la atención de calidad no se puede materializar completamente gratis – esto requiere algunas inversiones de capital y otros recursos. Esta inversión no está fuera de alcance, incluso para los países más pobres. Los costos de la mala calidad en las vidas de las personas, los sistemas de salud y para las sociedades son gigantescos. Si se aplica inteligentemente, la inversión en calidad brindará mejor salud a nivel individual y de la población, y mejor relación calidad-precio; el retorno de la inversión en garantizar atención de alta calidad probablemente supere de lejos los costos. Mejores resultados también fomentan el desarrollo económico y social; por ejemplo, las personas son más productivas en el trabajo, y los niños más saludables y se desempeñan mejor en el colegio. Así que luchar por la *cobertura sanitaria universal* de calidad no sólo es una inversión en mejor salud – también es un compromiso con la construcción de una sociedad más saludable y un mundo más saludable.

Lo que calidad significa para mí

Sra. Cecilia Rodríguez, Directora Ejecutiva Fundación 'Me Nuevo'

Hace ocho años, cuando ella fue diagnosticada con artritis reumatoide, una enfermedad autoinmune que causa inflamación, hinchamiento y dolor agudo en articulaciones, Cecilia Rodríguez era Directora de una instalación de atención primaria en salud. "Yo tenía una muy mala artritis reumatoide y pasaba mucho tiempo en cama," dice Rodríguez, quien tenía unos treinta años cuando experimentó los síntomas por primera vez. "Me di cuenta de que lo que venía promoviendo como administradora de salud era muy diferente de lo que yo necesitaba como paciente."

La artritis reumatoide afecta a las personas de todas las edades. Sus causas exactas no son conocidas, pero pueden jugar un papel factores genéticos y medioambientales. Hasta un 1% de la población del mundo es afectada.¹ En Chile, donde vive Rodríguez, 100.000 personas están viviendo con esta condición permanente.

Para las personas con enfermedades crónicas, la atención en salud de calidad se puede definir como "un preciso equilibrio entre las mejores prácticas clínicas y lo que es mejor para el paciente, determinado con el paciente," explica Rodríguez. "Nosotros no siempre necesitamos doctores que tengan todas las respuestas. Necesitamos personas que entiendan como estamos enfrentando nuestra condición."

Sobre todo, ella cree que los pacientes que sufren condiciones crónicas que tienen un impacto enorme en la vida diaria tienen que sentirse en control de su tratamiento. "Como paciente, yo sé lo que quiero lograr. Los clínicos pueden ayudarme a entender si yo lo puedo lograr y ayudarme a hacerlo. Para mí, esa es la mejor calidad de la atención en salud."

Cecilia Rodríguez y su hermana Lorena, quien había sido diagnosticada con artritis reumatoide unos pocos años antes, crearon una organización sin ánimo de lucro para apoyar a las personas afectadas por la misma condición y abogar por la atención mejorada del paciente. "Nosotras llamamos a la ONG, 'Me Nuevo' porque nosotras aprendimos que con esta condición uno tiene que mantener su cuerpo en movimiento, pero también porque 'Me Nuevo' significa 'Yo tomo acción'", dice ella.

1. www.rheumatoidarthritis.org.

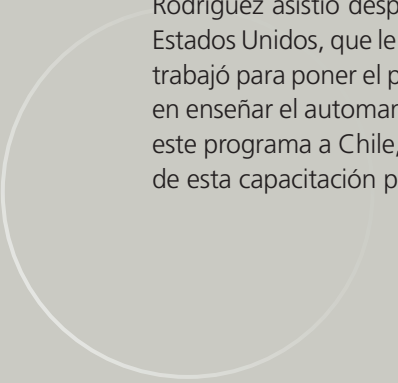




‘Me Nuevo’ es parte de un movimiento creciente de organizaciones dirigidas por pacientes en Chile. Rodríguez actuó como vocera para crear una alianza de asociaciones que hizo cabildeo exitosamente para hacer más asequibles los medicamentos de prescripción. En el 2016, Chile adoptó la ‘Ley Ricarte Soto’ versa sobre tratamientos de alto costo. “Ahora, yo solamente pago US\$ 200 anuales por todos mis medicamentos, en lugar de US\$ 1.500 mensuales,” dice Rodríguez.

“Los sistemas de atención en salud tienden a orientarse hacia el tratamiento de enfermedades agudas, y raramente se organizan para ayudar a los pacientes con enfermedades permanentes a superar los obstáculos de la vida diaria,” explica Rodríguez.

Ella cita el ejemplo de su hermana quien trabaja y tiene que viajar a tres lugares distintos – un proceso que toma al menos cinco horas – para recoger sus medicamentos de prescripción mensual. “En este caso, la calidad de la atención significaría poder recoger todos sus medicamentos en la instalación de atención primaria en salud cerca de su casa, un sábado en la mañana,” dice ella. Rodríguez también promueve permitir a los pacientes hacer notas en sus registros médicos entre citas médicas para ayudar a los médicos a ajustar su tratamiento. “Si yo pudiera escribir que tuve una recaída y decir cómo la manejé, mi doctor tendría un registro de eso cuando la viera a ella tres o cuatro meses más tarde,” dice ella.



Rodríguez asistió después a un curso de automanejo de enfermedades crónicas en los Estados Unidos, que le ayudó a sobrellevar los efectos de su enfermedad, su organización trabajó para poner el programa a disposición de los pacientes en su propio país. “Invertir en enseñar el automanejo puede reducir los costos generales. Por eso estamos trayendo este programa a Chile,” dice ella. Como resultado, setecientas personas se beneficiaron de esta capacitación por medio del sistema público el año pasado.

Capítulo 2 **Acerca de
este documento**



Reconociendo la brecha global en el entendimiento, medición y mejora de la calidad de los servicios de atención en salud, La OMS, OCDE y el Banco Mundial han aunado esfuerzos para producir este documento – *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*.

2.1 OBJETIVOS

Este documento ha sido desarrollado con los siguientes objetivos:

- proveer a los gobiernos una descripción de la calidad de los servicios de salud y su importancia para lograr metas de salud pública amplias, dentro del contexto de la cobertura universal en salud;
- proveer a los gobiernos un cuadro de enfoques basados en evidencia que pueden garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud;
- hacer un llamado a la acción a niveles nacionales e internacionales.

2.2 ALCANCE

Este documento está destinado a los formuladores de políticas quienes desean traer los fundamentos de la mejora de calidad de la atención en salud a sus sistemas de salud. Por tanto, éste mira la calidad de los servicios de atención en salud en la base. Este documento no busca brindar orientación técnica a los profesionales de atención en salud de primera línea, aunque pueden encontrar útil la información que aquí se encuentra. Tampoco examina las implicaciones de la calidad para áreas técnicas específicas.

2.3 CONTENIDO

El documento comienza con un capítulo sobre los antecedentes de la calidad en los servicios de atención en salud (Capítulo 1), seguido de una breve descripción del documento (Capítulo 2). El cuerpo principal de la publicación consta de tres capítulos sobre temas clave de calidad (Capítulo 3–5), seguido de un llamado a la acción en calidad en el Capítulo 6.

- **Capítulo 3: Estado global de la calidad de la atención en salud.** En este capítulo se ofrece un cuadro global de la calidad en los servicios de atención en salud. Se presentan datos para mostrar que la calidad de la atención en la mayoría de los países, particularmente países con ingresos bajos y medios, es subóptimo, y la mejora de la calidad se asocia con mejores resultados en salud.
- **Capítulo 4. Construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud.** Este capítulo describe como los mecanismos para asegurar, monitorear y mejorar continuamente la calidad, se deben incorporar dentro de las bases de los sistemas de salud, y aborda asuntos clave que requieren atención para mejorar la calidad de la atención en salud a nivel de país.
- **Capítulo 5 : Cómo entender los apalancamientos para mejorar la calidad.** La calidad es un concepto complejo y multifacético que requiere el diseño y despliegue simultáneo de combinaciones de intervenciones discretas. Este capítulo destaca la importancia de impulsar la mejora de calidad a través de la política y estrategia nacional y presenta una gama de apalancamientos para la mejora de la calidad.
- **Capítulo 6 : El llamado a la acción en calidad.** Un llamado a la acción en la calidad se plantea a los formuladores de políticas que buscan lograr la meta de acceso a servicios de salud de alta calidad centrados en las personas para todos. Esto se ofrece con un sentido de urgencia, porque si no actuamos ya, el logro de metas de salud pública estará en juego.

Estos capítulos son seguidos de un anexo, que provee un conjunto de intervenciones de mejora que han sido seleccionadas por su impacto potencial sobre la calidad reduciendo el daño, mejorando la prestación de primera línea de servicios de atención en salud, y construyendo la capacidad a través de todo el sistema para la mejora de calidad. Las intervenciones ilustrativas apuntan a algunas de las opciones y posibilidades disponibles a los líderes, administradores, profesionales del ramo o formuladores de políticas del sistema de salud decididos a avanzar la calidad de la atención.



Capítulo 3 **Estado global
de la calidad de
la atención en salud**





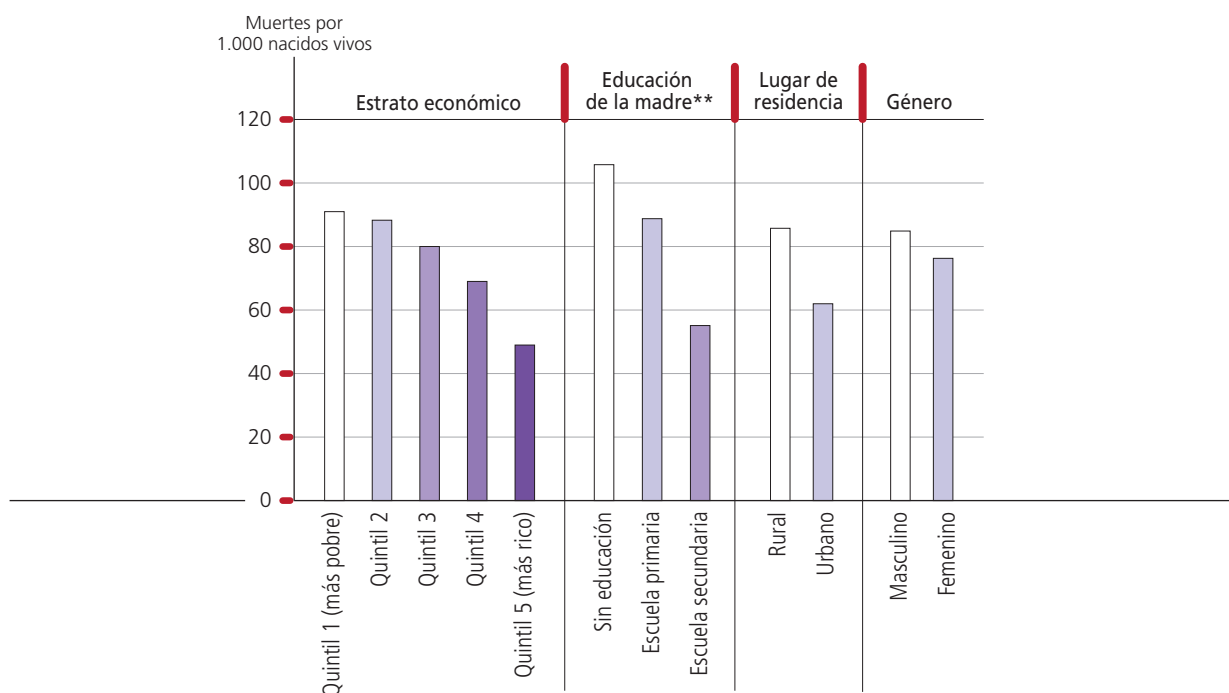
“¿De qué sirve ofrecer atención materna gratuita y tener una alta proporción de bebés con parto asistido en instalaciones si la calidad de la atención es deficiente o incluso peligrosa?”

Margaret Chan, ex-Directora General de la OMS, Asamblea Mundial de Salud, Mayo 2012

3.1 UN IMPERATIVO GLOBAL PARA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Entre 2000 y 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) aceleraron el progreso global hacia el logro de los objetivos de salud de la población en países con ingresos bajos y medios. A nivel global, la mortalidad infantil cayó un 53%, la mortalidad materna cayó un 43%, y las infecciones nuevas por VIH se redujo en más de un 38% (22). Sin embargo, el progreso fue bastante desigual. En las poblaciones rurales, pobres, y de difícil acceso, la mortalidad prevenible siguió siendo alta. Por ejemplo, para niños menores de 5 años en países con ingresos bajos y medios hubo diferencias significativas en mortalidad entre aquellos viviendo en los hogares más pobres comparados con los que vivían en los hogares más ricos, entre aquellos cuyas madres era menos educadas comparadas con las más educadas, y entre aquellos viviendo en áreas urbanas comparados con las áreas rurales (Figura 3.1).

Figura 3.1 **Mortalidad media en menores a 5 años transversal a dimensiones de inequidad, 2005–2012***



* Valor medio de 49 países seleccionados

** No se dispone de datos para 10 países

Fuente: Organización Mundial de la Salud (22).

Evaluaciones sistemáticas de servicios de salud esenciales en países de mortalidad alta revelaron deficiencias mayores en la calidad de la atención recibida. En una evaluación de este tipo entre ocho países en la África Subsahariana, la cobertura ajustada por calidad (efectiva) promedió un 28% para atención prenatal, 26% para planificación familiar, y 21% para atención de niños enfermos, y fue sustancialmente más baja que la cobertura básica de servicios (23). Más de 40% de partos asistidos en instalaciones en cinco países en África Subsahariana se llevó a cabo en instalaciones de atención primaria con brechas mayores en recursos y experticia técnica (24). Los ODM no incluyeron un enfoque específico sobre la medición y mejora de la calidad de la atención, sin embargo, los déficits en la calidad de la atención han tenido implicaciones negativas para transformarse en aumentos en cobertura para mejorar la salud de la población. Se ha visto que los servicios de mala calidad predicen un riesgo más alto de mortalidad neonatal en África (25). Igualmente, un aumento en partos en instituciones del 14% al 80% en India no redujo la mortalidad maternoinfantil debido a la mala calidad de la atención prestada en las instalaciones de salud (26). En esencia, la calidad mala de la atención es responsable por los niveles persistentemente altos de mortalidad maternoinfantil en países con ingresos bajos y medios, pese a aumentos sustanciales en el acceso a servicios de salud esenciales logrados durante la era de los ODM.

En el 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una nueva agenda de desarrollo: *Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Los ODS incluyen una gama más amplia de objetivos económicos, sociales y ambientales que los ODM y establecen un nuevo objetivo de salud, para “asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos a todas las edades”. La cobertura sanitaria universal se considera fundamental para los ODS. Definido en términos sencillos, la cobertura sanitaria universal significa garantizar que todas las personas y comunidades pueden utilizar los servicios promocionales, preventivos, curativos, rehabilitativos y paliativos en salud que necesitan, de calidad suficiente para ser efectivos, al tiempo que garantizan que el uso de estos servicios no expongan al usuario a dificultades financieras. Al enfocarse en forma explícita en la calidad de los servicios de atención en salud, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce la necesidad urgente de poner la calidad de la atención dentro del tejido de la acción nacional, regional y global hacia la promoción del bienestar para todos.

Si bien se ha enfocado la atención global en la cobertura sanitaria universal, a nivel local, el brote devastador del virus Ébola en África Occidental reforzó el sólido argumento a favor de la calidad de la atención. En Guinea, Liberia y Sierra Leona, las brechas en la prestación de servicios y el acompañante colapso de la confianza pública en los sistemas de salud presentaron retos gigantes a los esfuerzos de respuesta y recuperación durante el brote de Ébola. Por ejemplo, las evaluaciones del sistema de salud de Sierra Leona revelaron una baja densidad de recursos humanos para la salud, baja capacidad de vigilancia de enfermedades en la comunidad, déficits de infraestructura en instalaciones de salud, y cadenas de suministro débiles para medicamentos esenciales (27).



Los tres países han enfatizado desde entonces el acceso universal a la prestación de servicios de salud de calidad para fortalecer su habilidad para prevenir brotes a gran escala en el futuro, poniendo la prevención y control de infecciones y la seguridad del paciente como prioridades clave. Después del brote, Liberia desarrolló un plan de Inversión para construir resiliencia en el sistema de salud y está trabajando hacia la implementación de un fondo patrimonial para la salud que pone la calidad en el centro (Recuadro 3.1). La respuesta de África Occidental al brote de Ébola demuestra los vínculos muy reales y fuertes entre la resiliencia del sistema de salud, calidad de la atención, y la seguridad global de la salud.

Recuadro 3.1 **Liberia: integrando la calidad en la agenda de salud post-Ébola**

Antes del brote de Ébola de 2014, Liberia, un país que se recuperaba de años de inestabilidad política y económica, había hecho progresos en la mejora de resultados en salud de su población. Sin embargo, el brote resaltó restricciones persistentes en el sistema de salud en esta pequeña nación de África Occidental. Existía una falta de fuerza laboral de salud con destrezas adecuadas en las instalaciones de salud y dentro de las comunidades; no se contaba con mecanismos sostenibles de financiamiento; y había una ausencia de estructuras necesarias de cadena de suministro y sistemas integrados de información en salud. Adicionalmente, la prevención y control de infecciones estaba ausente en gran medida donde más se necesitaba, y los vínculos entre los servicios de salud y la comunidad eran inadecuados. Estas debilidades ponían en peligro la prestación de servicios de calidad y permitió que la epidemia proliferara rápidamente.

En respuesta al brote, se desarrolló el Plan de Inversión para la Construcción de un Sistema de Salud Resiliente en Liberia 2015–2021. El plan apuntaba a restaurar los logros perdidos en el brote, atacar las vulnerabilidades preexistentes, mejorar la confianza de la comunidad en los sistemas de salud, y dar seguridad en salud. Un objetivo estratégico clave del Plan de Inversión es acelerar el acceso universal a servicios seguros y de calidad por medio del mejoramiento de la red de salud para la prestación de servicios esenciales. El Gobierno de Liberia reconoce que la implementación exitosa del Plan de Inversión – incluyendo un enfoque fuerte en la calidad de la atención – es esencial para prevenir, detectar, y responder a futuros brotes de enfermedades infecciosas.

El logro de las metas de salud de los ODS requerirá inversiones financieras nuevas, que aumenten con el tiempo desde un inicio de US\$ 134 mil millones a US\$ 371 mil millones anuales para el 2030(28). La atención de mala calidad es ineficiente, desperdicia recursos escasos y aumenta el costo de la expansión de la cobertura en salud. Las ineficiencias son introducidas por atención innecesaria que no hace ninguna diferencia en los resultados en salud. Por ejemplo, en países con ingresos bajos y medios, el uso excesivo de antibióticos para tratar infecciones agudas del tracto respiratorio suma un 36% en promedio al costo de la atención (29). Los errores en la prestación de servicios también pueden llevar a daño directo a la salud, con un costo extra para el sistema de salud. Un análisis reciente de países de la OCDE indica que más del 10% del gasto hospitalario se va en corregir errores médicos prevenibles o tratando infecciones que contraen las personas en hospitales (3).

En la 2017 OCDE Salud Ministerial Reunidos, los ministros reconocieron la intersección de las agendas de calidad y eficiencia, acordando que la medición y mejora de la calidad deben ser centrales a los esfuerzos por lograr resultados en salud con una alta relación calidad-precio (30).

La inversión en sistemas de salud de alta calidad para la cobertura sanitaria universal tiene el potencial de acelerar el progreso en la promoción de la salud al tiempo que fortalece la seguridad global en de la misma y maximizando la relación calidad-precio... PROBABLY SOME TEXT IS MISSING HERE AFTER "calidad-precio..."

3.2 COMMENT DÉFINIR LA QUALITÉ DES SOINS ?

La calidad de la atención es *el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y la población incrementan la posibilidad de resultados deseados en salud y son congruentes con el conocimiento profesional actual* (31). Esta definición implica que la calidad de la atención se puede medir, apunta finalmente a mejoras en salud en lugar de simplemente aumentar las entradas de servicios o refinar los procesos del sistema, y debe reflejar los deseos de partes interesadas clave, incluyendo usuarios de los servicios y las comunidades. Al incluir los servicios de salud en general, esta definición de calidad de la atención abarca tanto la atención curativa como la preventiva, y la atención basada en instalaciones y comunidades para individuos y poblaciones. Este alcance es particularmente importante en los países que enfrentan una creciente carga de enfermedades no transmisibles y cuyos sistemas de salud deben prestar servicios a lo largo de la vida, incluyendo reducción de riesgo, cribaje, manejo de enfermedad, rehabilitación y atención paliativa. Como existe una creciente base de evidencia sobre la efectividad de diversas modalidades para la prevención y control de la enfermedad, esta definición de calidad de la atención también reconoce la necesidad de mecanismos para incorporar nueva evidencia en la prestación de servicios en forma sistemática.

¿Cuáles características de los servicios de salud son indicativos de calidad? Este documento identifica siete características de servicios de salud que aumentan la probabilidad de resultados en salud deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual.

Aunque por décadas se han descrito múltiples elementos de calidad, hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad por todo el mundo deben ser efectivos, seguros, y centrados en las personas. Además, para poder lograr los beneficios de la atención en salud de calidad, los servicios de salud deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes (Figura 3.2) (32, 33).



Fuente: Instituto de Medicina (32).

Considérese a Fátima, una mujer de 80 años quien ha vivido sola, desde su jubilación hace 15 años. Ella tiene diabetes mellitus tipo 2 de larga data, así como hipercolesterolemia e hipertensión esencial. Ella generalmente permanece bajo techo y solamente sale a caminar ocasionalmente debido a su mala visión y un dolor de espalda que apareció recientemente. A lo largo de los últimos dos años, ella ha sido admitida al hospital dos veces por falla cardíaca congestiva. Ella no monitorea su presión arterial o glucosa en la sangre según lo recomendado, consume alimentos precocidos, y ha faltado a múltiples citas de seguimiento desde su salida. Hoy, Fátima ha llegado a la clínica quejándose de dificultad respiratoria, que siente inusualmente congestionado el pecho, y que tiene dificultad para recostarse en la espalda. Ella también ha mencionado que está teniendo dificultad para hacer seguimiento de sus cuentas mensuales. La enfermera tratante nota que Fátima repite lo que ha dicho y tiene dificultad para encontrar las palabras apropiadas para describir sus síntomas. A lo largo de las siguientes cuatro semanas, Fátima recibirá atención de una variedad de prestadores de salud, incluyendo un nutricionista, un prestador de atención primaria, un cardiólogo y un trabajador social. Los siguientes puntos ilustran cómo sería la **atención en salud de alta calidad** para Fátima a través de la lente de los siete elementos de la calidad.

- **La atención de alta calidad para Fátima es efectiva**, por tanto, se ofrecería con base en el conocimiento científico y guías basadas en evidencia. El equipo de atención se adheriría a las rutas clínicas para pacientes mayores con falla cardíaca y comorbilidades significativas, desarrolladas a partir de la evidencia y experiencia en el manejo de casos similares. El equipo le aseguraría a Fátima que ella estaría recibiendo atención basada en evidencia y que se seguiría un proceso sistemático para llegar a un plan de manejo integrado entre todos los diversos prestadores que la cuidarían.
- **La atención de alta calidad para Fátima es segura**, es decir, ésta minimiza el daño, incluyendo lesiones prevenibles y errores médicos, para el paciente. En cada instalación habría guías claras para prevenir infecciones contraídas en el hospital y errores médicos. Por ejemplo, fue hecha una revisión minuciosa de sus medicamentos ambulatorios en el momento de admisión para prevenir interacciones con medicamentos utilizados durante su atención durante la hospitalización.
- **La atención de alta calidad para Fátima es centrada en las personas**, es decir, respeta y responde a sus preferencias, necesidades y valores. Fátima comprensiblemente puede estar preocupada y hará muchas preguntas. El equipo de atención multidisciplinar escucharía sus preguntas e inquietudes, respondiendo pacientemente, y desarrollaría conjuntamente el plan de gestión de atención con su participación activa.
- **La atención de alta calidad para Fátima es oportuna, es decir**, mantendría a un mínimo las demoras en la prestación y recepción de servicios. Por ejemplo, el contacto con cada prestador involucrado en su atención sería manejado por un sistema eficiente de flujo de pacientes para agendar o modificar visitas y para notificar a los clientes los tiempos de espera proyectados. Las situaciones que requirieran intervención urgente serían reconocidas y atendidas tan rápido como fuera posible. Con planeación apropiada, Fátima no tendría que sufrir tiempos de espera largos durante las visitas de seguimiento.
- **La atención de alta calidad para Fátima es equitativa**, por tanto, la calidad de la atención que ella recibe no variará de acuerdo con características personales como el género, raza, etnicidad, ubicación geográfica y estrato socioeconómico. Los servicios recibidos por Fátima reflejarían la evidencia de los beneficios potenciales en salud de los tratamientos únicamente, y nada más.

- **La atención de alta calidad para Fátima es *integrada***, por tanto, la atención que ella recibe en todas las instalaciones y prestadores sería coordinada. Luego de su salida, el trabajador social evaluaría las opciones para apoyar su plan de atención, y la conectaría con agencias que ofrecen atención relacionada con demencia y demás servicios, según la necesidad.
- **La atención de alta calidad para Fátima es *eficiente***, y evita, por tanto, el desperdicio de recursos, incluyendo equipos, medicamentos, energía e ideas. Cada uno de sus prestadores médicos sería capaz de hacer seguimiento de exámenes y procedimientos que ella haya recibido anteriormente que por medio de un sistema de historias clínicas electrónicas interoperable, previniendo la repetición y desperdicio de recursos. El uso de medicamentos genéricos se estipularía en las guías clínicas. Su atención sería brindada por un equipo unido, cada uno trabajando a partir de sus fortalezas y acometiendo tareas alineadas con sus competencias.

En suma, atención en salud de alta calidad significa la atención correcta, en forma coordinada, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. Al fin de cuentas, la atención en salud de alta calidad apunta a aumentar la probabilidad de resultados deseados en salud. La búsqueda de atención en salud de alta calidad reconoce que dicha mejora es un proceso continuo o dinámico en lugar de estático. Indistintamente del nivel de ingreso de un país, si existe espacio para mejorar los resultados en salud, la calidad de la atención también se puede aumentar.

3.3 CUADRO GLOBAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La evaluación de tendencias en el estado global de la calidad de la atención en salud requiere consenso sobre la definición y medición de indicadores para la calidad, comparable entre países. No obstante, no existe un conjunto de datos en el que se recopilen indicadores de calidad uniformemente definidos.

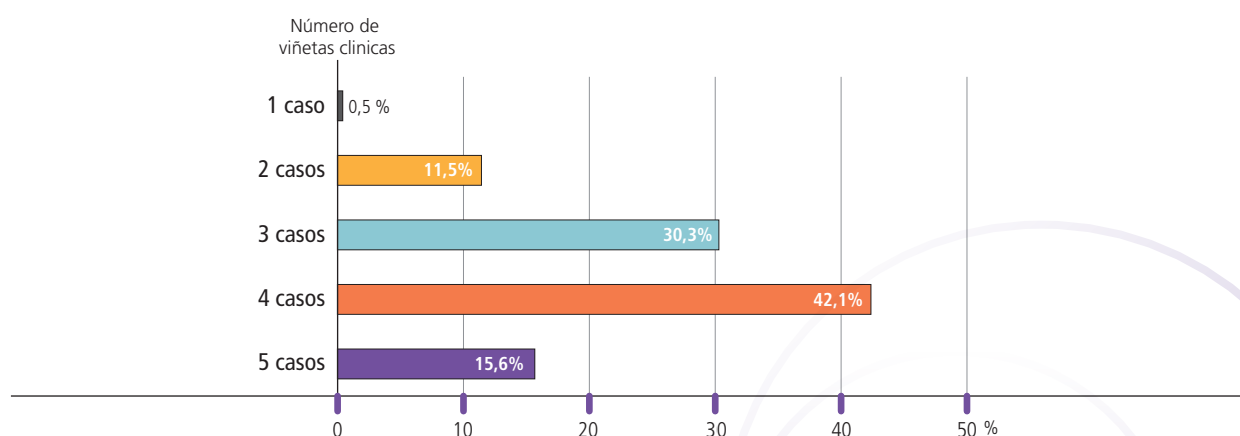
Tampoco existe acuerdo entre países sobre un conjunto mínimo de indicadores estandarizados para la calidad de la atención para monitorear el progreso hacia el logro de ODSs relacionados con la salud. Sin embargo, hay un cúmulo de trabajos que apuntan a identificar indicadores para apoyar los esfuerzos nacionales, regionales e internacionales en la mejora de calidad, incluyendo el Proyecto de Indicadores de Calidad en Atención en Salud de la OCDE, los Indicadores de Prestación de Servicios del Banco Mundial, el Observatorio Global de Salud de la OMS, y Encuestas Demográficas y de Salud (34–37). Usando datos de estas fuentes, encuestas nacionalmente representativas de hogares, y la investigación empírica, se describe más adelante el estado de la calidad de los servicios de salud globalmente.

Esta descripción se enfoca primordialmente en medidas de procesos y resultados de la calidad de la atención – es decir, las acciones en atención en salud y los efectos de estas acciones sobre los resultados en salud deseados. Estas medidas se examinan en relación con los siete dominios de la calidad de la atención: efectividad, seguridad, centralidad en las personas, oportunidad, interacción de la atención, equidad y eficiencia. La literatura científica y de política también examina las medidas estructurales de la calidad de la atención que forman el contexto de la prestación de servicios, incluyendo equipos, recursos humanos, incentivos y características organizacionales (38). El presente documento considera estos factores estructurales como bases de los procesos y resultados de la atención de alta calidad. El Capítulo 4 aborda las bases de la atención de alta calidad.

3.3.1 ¿Son eficientes los servicios de salud?

Cuando la atención es ineficaz, es decir, cuando los prestadores no se adhieren a las guías basadas en evidencia, esto puede reflejar una falta de conocimiento de las guías o una falta de cumplimiento sin importar el conocimiento. La efectividad de la atención se puede evaluar utilizando la inspección de historias clínicas, entrevistas de salidas de los pacientes, la observación directa de interacciones prestador-cliente, pacientes o viñetas clínicas estandarizadas. Aunque las viñetas clínicas miden el conocimiento del prestador de los protocolos basados en evidencia para casos médicos definidos, otras formas de medición predominantemente capturan el cumplimiento de estas guías. En particular, los pacientes estandarizados ofrecen casos consistentes de enfermedades a los prestadores y permiten la comparación de la calidad de la atención entre prestadores. Este método de medición de efectividad también está libre de sesgos de observación y memoria (39). Las diferencias en enfermedades frecuentes entre países y variaciones en presentación clínica de las enfermedades impiden la comparación sistemática de la efectividad de la atención entre prestadores y países. Sin embargo, existe un cuerpo creciente de evidencia indicando que hay brechas en la comprensión por parte de los prestadores de y cumplimiento con las guías basadas en evidencia en países de ingreso alto, medio y bajo. En Kenia, por ejemplo, solo el 16% de los prestadores diagnosticaron correctamente todos los cinco casos de pacientes que fueron presentados en viñetas clínicas para evaluar el conocimiento de los prestadores (Figura 3.3) (40). En un estudio de médicos de la antigua República Yugoslava de Macedonia y los Estados Unidos de América, el porcentaje medio de diagnósticos correctos para cuatro viñetas clínicas fueron el 48% y 67% respectivamente (41). Sin importar el método de medición, también hay una brecha significativamente entre el conocimiento de prestadores y la práctica real en la prestación de servicios. Este hallazgo se sostiene entre países, incluyendo Dinamarca, India, Kenia, los Países Bajos y la República Unida de Tanzania (42–45).

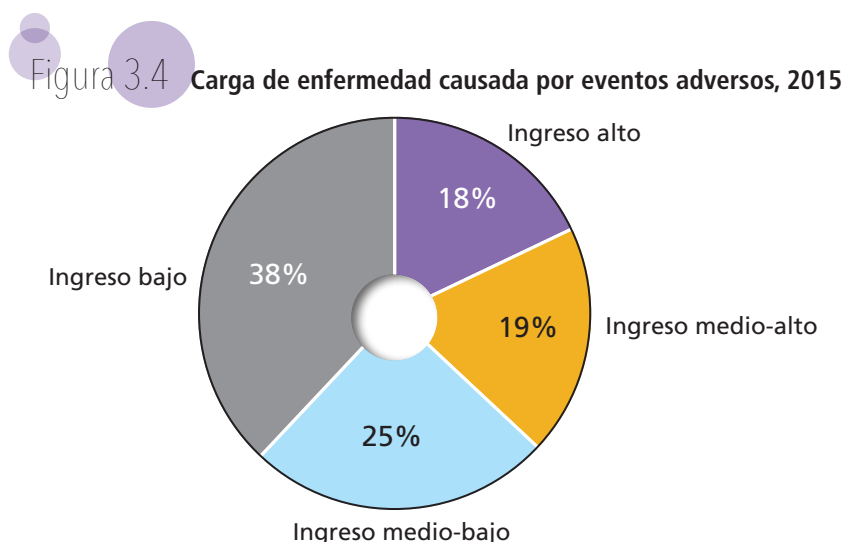
Figura 3.3 Número de viñetas clínicas correctamente diagnosticadas por prestadores de Kenia (número total de viñetas: cinco)



Fuente: Martin y Pimhidzai (41).

3.3.2 ¿Los servicios de salud son seguros?

El daño al paciente está en el puesto 14 en contribución a la carga global de enfermedad. La mayoría de la carga recae en países con ingresos bajos y medios (Figura 3.4) (14). Las causas principales de daño difieren entre entornos, incluyendo errores de medicamentos y diagnósticos en la atención primaria, lesiones de presión y eventos adversos en la atención a largo plazo, y las infecciones hospitalarias y cirugía en el lugar incorrecto en la atención hospitalaria (46–48). La escala de eventos inseguros en los servicios de salud es considerable (14). En adición al costo directo de tratar eventos adversos, existen costos adicionales que resultan de la pérdida de productividad y confianza mermada en el sistema de salud. Aproximadamente el 15% del gasto y actividad hospitalaria en países de la OCDE se atribuye a fallas de seguridad. Sin embargo, muchos eventos adversos son prevenibles. La evidencia sugiere que más de uno de cada tres eventos adversos en países con ingresos bajos y medios ocurren en situaciones no complejas y hasta el 83% pueden ser prevenibles (49). Los costos de fallas de seguridad también exceden de lejos el costo de la prevención. El mejoramiento de la seguridad del paciente en hospitales de Medicare en los Estados Unidos se estima que haya ahorrado US\$ 28 mil millones entre 2010 y 2015.



Nota: Porcentaje promedio de AVADs/país.

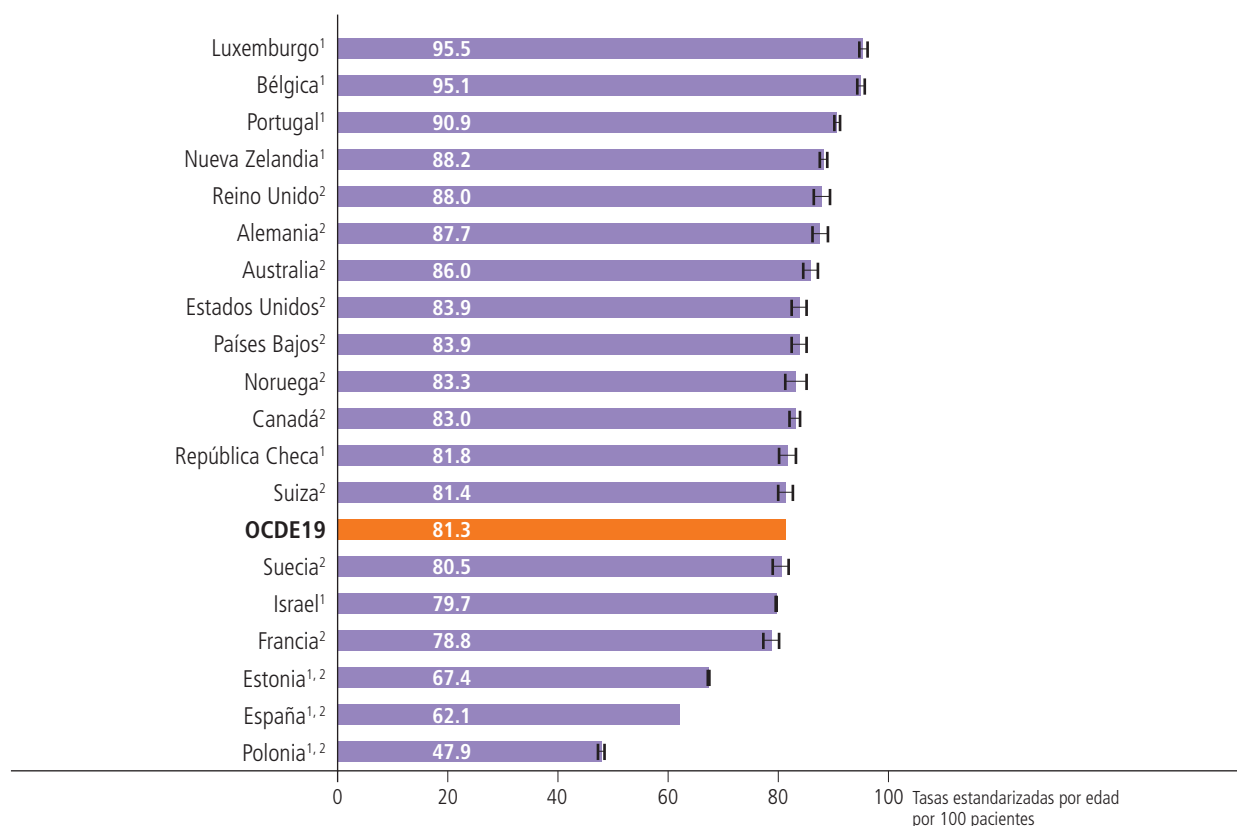
Fuente: Institute of Health Metrics and Evaluation, 2015.

3.3.3 ¿Son centrados en las personas los servicios de salud?

El nivel al que las necesidades y preferencias de los usuarios de servicios se incorporan sistemáticamente en los servicios de salud difiere entre los países de ingreso alto, medio y bajo. Los sistemas de salud en países de ingresos altos han introducido medidas e instituciones para monitorear las experiencias y percepciones de pacientes sobre sus condiciones médicas específicas y salud general. Aunque las expectativas y enfoques frente a la atención centrada en personas varían entre países, la mayoría de los usuarios de servicios en países de la OCDE reportan una experiencia positiva con respecto al tiempo pasado con el prestador, explicaciones fáciles de entender, oportunidades para manifestar inquietudes y participación en su atención (Figura 3.5) (50). La atención al cuidado respetuoso, compasivo y por lo demás centrado en las personas no es tan extendido en países con ingresos bajos y medios. Por ejemplo, un creciente conjunto de investigaciones sobre los cuidados maternos respetuosos indica que las mujeres experimentan interacciones malas con prestadores de atención en salud y son excluidas de la toma de decisiones sobre la atención, y frecuentemente no son informadas sobre los detalles de su atención (51, 52).



Figura 3.5 Médico ofrece explicaciones fáciles de entender (2013 o año más cercano)



Nota: Intervalos de confianza del 95% representados por H-I.

1. Fuentes nacionales.

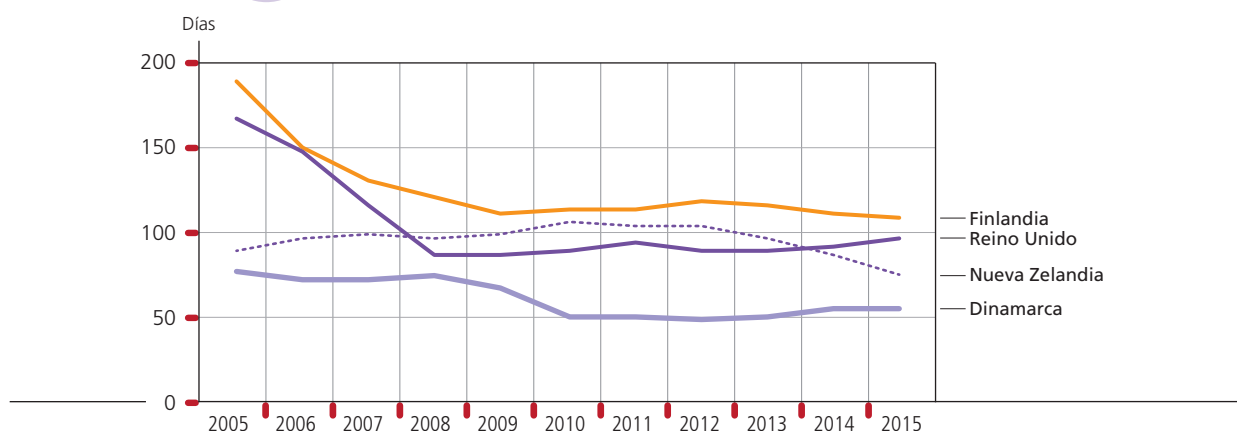
2. Datos hacen referencia a las experiencias del paciente con un doctor normal.

Fuente: Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2013 y otras fuentes nacionales.

3.3.4 ¿Los servicios de salud son oportunos?

Se ha demostrado que los tiempos de espera para procedimientos electivos y de emergencia predicen la satisfacción entre los usuarios de servicios (53–55). En situaciones de emergencia, las demoras en recibir el tratamiento apropiado también pueden llevar a muerte prevenibles (56). No obstante, los tiempos de espera para diferentes servicios de salud varían entre países de la OCDE. Por ejemplo, en el 2015, el tiempo medio de espera para un reemplazo de cadera era alrededor de 42 días en los Países Bajos, pero 290 días en Estonia, y más de 400 días en Chile y Polonia. Las tendencias de tiempo indican que se han experimentado reducciones en tiempos de espera en Finlandia y Nueva Zelandia, aunque esta tendencia ha convergido en los años recientes, con tasas relativamente estables desde 2008, en muchos países, tales como Dinamarca y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Figura 3.6) (2). Se ha hecho mucho menos trabajo para comparar las demoras de servicio entre los países con ingresos bajos y medios. La investigación empírica de países individuales indica que los tiempos de espera son relativamente largos. En un estudio de un departamento de urgencias en Barbados, por ejemplo, se requirió un promedio de 10 minutos para el triage, 213 minutos para resultados de laboratorio, y 178 minutos para ser visto por un médico (57). Igualmente, en un departamento de consulta externa, el 74% de los usuarios de servicios esperaban entre 60 y 120 minutos para ser registrados y tiempo adicional para ver a un prestador de servicios (58).

Figura 3.6 Tendencias en tiempos promedio de espera para reemplazo de cadera

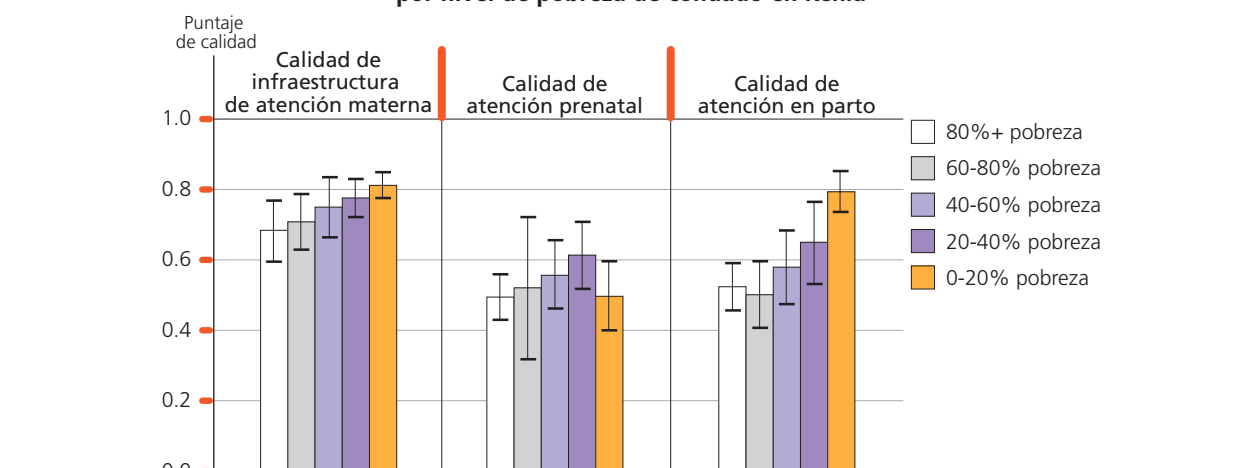


Fuente: Health at a Glance 2017 (2).

3.3.5 ¿Son equitativos los servicios de salud?

Existen brechas en la calidad de la atención en salud en todas partes del mundo, pero son aún más graves para las poblaciones desfavorecidas. Los Informes de *Desigualdades en la Atención en Salud* [United States National Healthcare Disparities Reports] han hecho seguimiento a la atención en salud desde el 2010. En el 2015, la mitad de las mediciones de calidad no mostraron cambio o habían empeorado entre las poblaciones de bajos ingresos. Más de la mitad de la calidad medida no mostró cambio o había empeorado para las poblaciones rurales (59). En Canadá, era menos probable que los pacientes con infarto al miocardio de grupos indígenas hubieran recibido el tratamiento recomendado, incluyendo procedimientos de angiografía cardíaca y revascularización (60). En Kenia, la calidad de los servicios de salud en maternidad es más baja en los condados pobres, donde solo el 17% de las mujeres tenían acceso a atención de parto mínimamente adecuado (Figura 3.7) (61). Igualmente, en India, las personas quienes viven en hogares de estrato socioeconómico bajo en comunidades pobres eran menos propensos a utilizar prestadores de atención en salud expertos (62).

Figura 3.7 Calidad estructural y de procesos de servicios de maternidad por nivel de pobreza de condado en Kenia



Fuente: Sharma et al. (63).

3.3.6 ¿Son integrados los servicios de salud?

Con las enfermedades emergentes crónicas y no transmisibles, hay más personas viviendo con múltiples y complejas condiciones crónicas que requieren la coordinación de la atención a todos los niveles y a lo largo del curso de sus vidas. La continuidad de la atención y la coordinación de la atención pueden mejorar la experiencia de la atención de las personas que viven con dichas condiciones y necesidades de apoyo. Sin embargo, existen brechas sustanciales en la coordinación de la atención en salud, incluso en países de ingreso alto. Una encuesta de pacientes con necesidades complejas de atención en 11 países de ingresos altos encontró problemas de coordinación, tales como resultados de exámenes o registros no disponibles durante una cita o que se pidieran exámenes duplicados, prestadores fallando en compartir información entre ellos, y especialistas sin información de historia clínica o médicos generales sin información sobre atención especializada (63). Un análisis de datos vinculados de atención primaria y atención secundaria en adultos mayores (entre los 62–82 años de edad) de 200 consultorios generales en Inglaterra reportó que los pacientes quienes veían al mismo médico general experimentaron en una proporción mayor de tiempo menos admisiones hospitalarias por condiciones sensibles de atención ambulatoria (64).

3.3.7 ¿Son eficientes los servicios de salud?

The *World health report 2010* [Informe Mundial de Salud] estimó que del 20–40% de todos los recursos del sector salud se desperdician (65). Las causas principales de la ineficiencia en la prestación de servicios incluyen uso inapropiado de medicamentos, mezcla subóptima de recursos humanos, exceso de uso o exceso de suministro de equipos, corrupción, y uso deficiente de Infraestructura. Variación geográfica injustificada en la prevalencia de procedimientos e intensidad de atención ofrece un estimativo indirecto del exceso de uso y, por ende, ineficiencia. Por ejemplo, en India, las tasas de uso de antibióticos para la diarrea aguda en instalaciones públicas es el 43%, pero sube al 69% en instalaciones privadas. Igualmente, hay una variación nueve veces mayor en el uso de intervenciones coronarias percutáneas a nivel internacional y una variación cinco veces mayor en el uso de cirugía de revascularización coronaria entre los países de la OCDE (66). Estas diferencias no son explicadas por la variación en la carga de enfermedad cardiovascular. La atención en salud ineficiente debido al uso excesivo y otras causas tiene implicaciones negativas para los resultados en salud de la población. La esperanza de vida al nacer se podría elevar en más de dos años en promedio en los países de la OCDE al tiempo que se mantuviera constante el gasto en atención en salud si todos los países se volvieran tan eficientes como los de mejor desempeño (67).

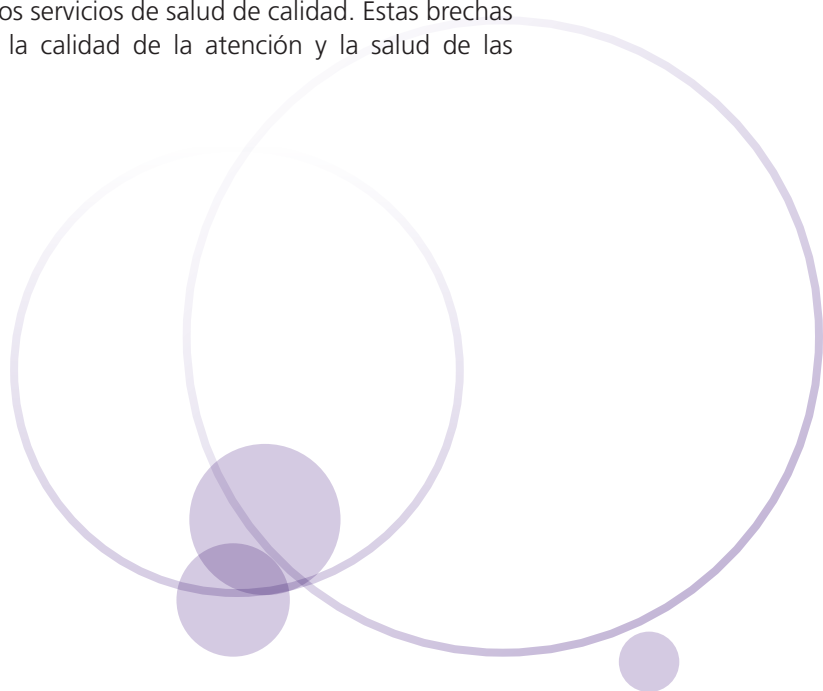
3.4 CONCLUSIÓN

Pese al aumento sustancial en el acceso a servicios de salud esenciales logrados durante la era ODM, hay altos niveles de mortalidad y morbilidad que se pueden abordar por medio de esfuerzos en calidad. Por ejemplo, la carga restante de mortalidad materna e infantil en países con ingresos bajos y medios se debe en gran medida debido a la mala calidad de los servicios de salud. Los ODS incorporan en forma explícita un foco en la calidad de los servicios de salud en alcanzar cobertura sanitaria universal en todos los países.

Los servicios de salud de alta calidad involucran la atención correcta, en el momento correcto, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios del servicio, al tiempo que minimizan el daño y desperdicio de recursos. La atención en salud de calidad aumenta la probabilidad de resultados en salud deseados y es coherente con las siete características medibles: efectividad, seguridad, centralidad en las personas,

oportunidad, equidad, integración de atención y eficiencia. Indistintamente del nivel de ingreso de un país, si existe espacio para mejorar los resultados en salud, la calidad de la atención también se puede aumentar.

Los esfuerzos por monitorear las tendencias en la calidad de la atención en salud para la agenda ODS será ineficaz en la ausencia de consenso sobre indicadores que sean comparables entre países y sean recabados en forma habitual. La evidencia empírica del creciente cuerpo de trabajo sobre medición de calidad indica que existen brechas a nivel global en todos los dominios de los servicios de salud de calidad. Estas brechas presentan oportunidades para mejorar la calidad de la atención y la salud de las poblaciones.



Lo que calidad significa para mí

El Sr. Bafana Msibi, Gerente Ejecutivo de Inspecciones de Cumplimiento, Oficina de Cumplimiento de Estándares de Salud Sudáfrica

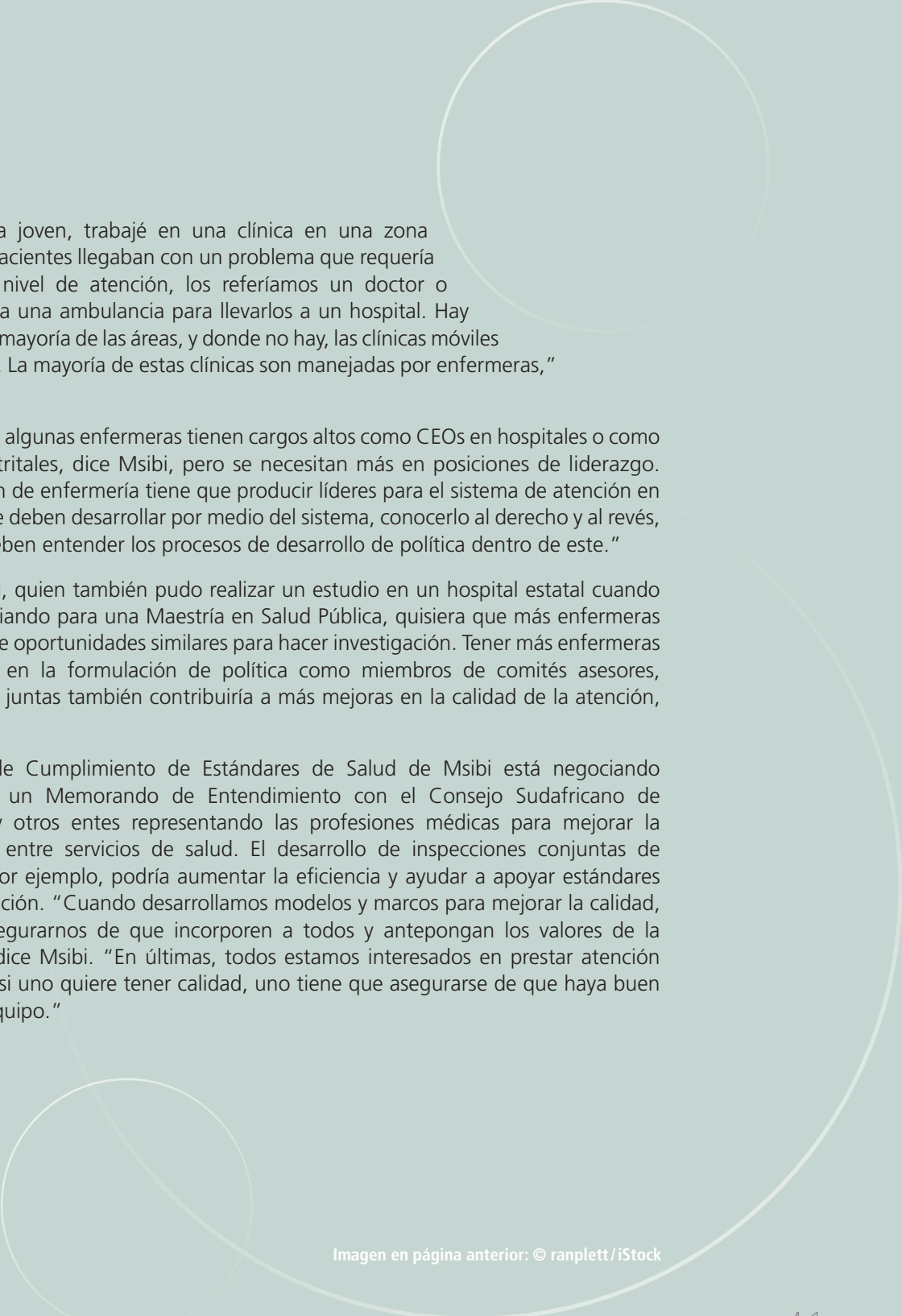
“En cualquier sistema de salud, la enfermería es la columna vertebral,” dice Bafana Msibi, Gerente Ejecutivo de Inspecciones de Cumplimiento en la Oficina de Cumplimiento de Estándares de Salud de Sudáfrica. “En nuestro país especialmente, y en otros países en África, la atención primaria en salud es impulsada por enfermeras.”

Como ejecutivo en la atención en salud con más de 15 años de experiencia, trabajando para un ente independiente cuya misión es la de asegurar la calidad de la atención y el cumplimiento con estándares de salud en instituciones de atención en salud tanto públicas como privadas, Bafana Msibi está en una posición excelente para evaluar la contribución importante hecha por las enfermeras a la calidad de la atención en salud.

El define la calidad de la atención, en breve, como “hacer uso de los recursos disponibles para prestar la mejor atención a los usuarios.” Msibi reconoce que la buena atención al paciente requiere un enfoque integral que algunas veces va más allá del tratamiento clínico. “Uno puede ver un paciente presentando síntomas, y mientras uno intenta de tratarla, uno puede encontrar que estos síntomas son causados por estrés,” dice él. Como las enfermeras pasan más tiempo con los pacientes que otros clínicos, su papel es crucial. Adicionalmente, ellas están directamente involucradas en la implementación de medidas preventivas que promueven un entorno médico seguro en su trabajo diario.

En Sudáfrica, todas las enfermeras registradas tienen que hacer un año de servicio comunitario después de que completan su carrera de cuatro años. Trabajando bajo la supervisión de experimentados profesionales quienes les sirven de mentores, los recién graduados están expuestos a una amplia gama de problemas médicos. Ellas también desarrollan un entendimiento sólido de las comunidades que atienden. Los conocimientos y destrezas que adquieren las jóvenes enfermeras durante este período las prepara bien para las exigencias de su profesión.





“Cuando era joven, trabajé en una clínica en una zona rural. Si los pacientes llegaban con un problema que requería el siguiente nivel de atención, los referíamos un doctor o llamábamos a una ambulancia para llevarlos a un hospital. Hay clínicas en la mayoría de las áreas, y donde no hay, las clínicas móviles hacen visitas. La mayoría de estas clínicas son manejadas por enfermeras,” dice Msibi.

En Sudáfrica, algunas enfermeras tienen cargos altos como CEOs en hospitales o como gerentes distritales, dice Msibi, pero se necesitan más en posiciones de liderazgo. “La profesión de enfermería tiene que producir líderes para el sistema de atención en salud. Ellas se deben desarrollar por medio del sistema, conocerlo al derecho y al revés, y también deben entender los procesos de desarrollo de política dentro de este.”

Bafana Msibi, quien también pudo realizar un estudio en un hospital estatal cuando estaba estudiando para una Maestría en Salud Pública, quisiera que más enfermeras disfrutaran de oportunidades similares para hacer investigación. Tener más enfermeras involucradas en la formulación de política como miembros de comités asesores, comisiones y juntas también contribuiría a más mejoras en la calidad de la atención, creó él.

La Oficina de Cumplimiento de Estándares de Salud de Msibi está negociando actualmente un Memorando de Entendimiento con el Consejo Sudafricano de Enfermería y otros entes representando las profesiones médicas para mejorar la cooperación entre servicios de salud. El desarrollo de inspecciones conjuntas de hospitales, por ejemplo, podría aumentar la eficiencia y ayudar a apoyar estándares altos de atención. “Cuando desarrollamos modelos y marcos para mejorar la calidad, debemos asegurarnos de que incorporen a todos y antepongan los valores de la profesión,” dice Msibi. “En últimas, todos estamos interesados en prestar atención de calidad y si uno quiere tener calidad, uno tiene que asegurarse de que haya buen trabajo en equipo.”

Imagen en página anterior: © ranplett/iStock

Capítulo 4

Construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud





4.1 INTRODUCCIÓN

Los servicios de mala calidad - incluso si se ponen a disposición a costo moderado – son un impedimento para lograr cobertura sanitaria universal efectiva. Esto es porque las comunidades no utilizarán servicios en los que no confían y que sean de poco beneficio para ellas. Se deben incorporar mecanismos para asegurar, monitorear y continuamente mejorar la calidad en las bases de los sistemas de atención en salud.

Este capítulo considera cinco elementos fundacionales de este tipo que son críticos para cualquier servicio de salud: trabajadores de la salud; instituciones de atención en salud; medicamentos, dispositivos y demás tecnologías; sistemas de información; y financiamiento. No basta la mera disponibilidad de recursos. Se requiere un esfuerzo cociente y continuo para asegurar que sean utilizados en formas que sean efectivos, seguros, e individualmente personalizado para las necesidades de los pacientes. La gobernanza, así como las herramientas, técnicas y economía política de la reforma, se explora en el siguiente capítulo.

Un sistema de atención integral les permite a las personas el acceso a un continuo de atención a lo largo del curso de sus vidas, abarcando la promoción en salud, prevención de enfermedad, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedad, rehabilitación, apoyo emocional y espiritual, y atención paliativa. Tres consideraciones importantes deben subyacer al diseño de cualquier sistema de atención en salud: se deben construir servicios para atender las necesidades locales; la atención primaria de alta calidad y costeables debe ser el cimiento de todos los demás servicios; y los individuos y comunidades deben estar vinculados en el diseño, entrega, evaluación, y mejora todos y cada uno de los servicios (68). Los principios de la mejora de calidad deben permear todas las actividades desde la primera línea hasta e nivel del sistema.

4.2 BASES PARA LA ATENCIÓN DE ALTA

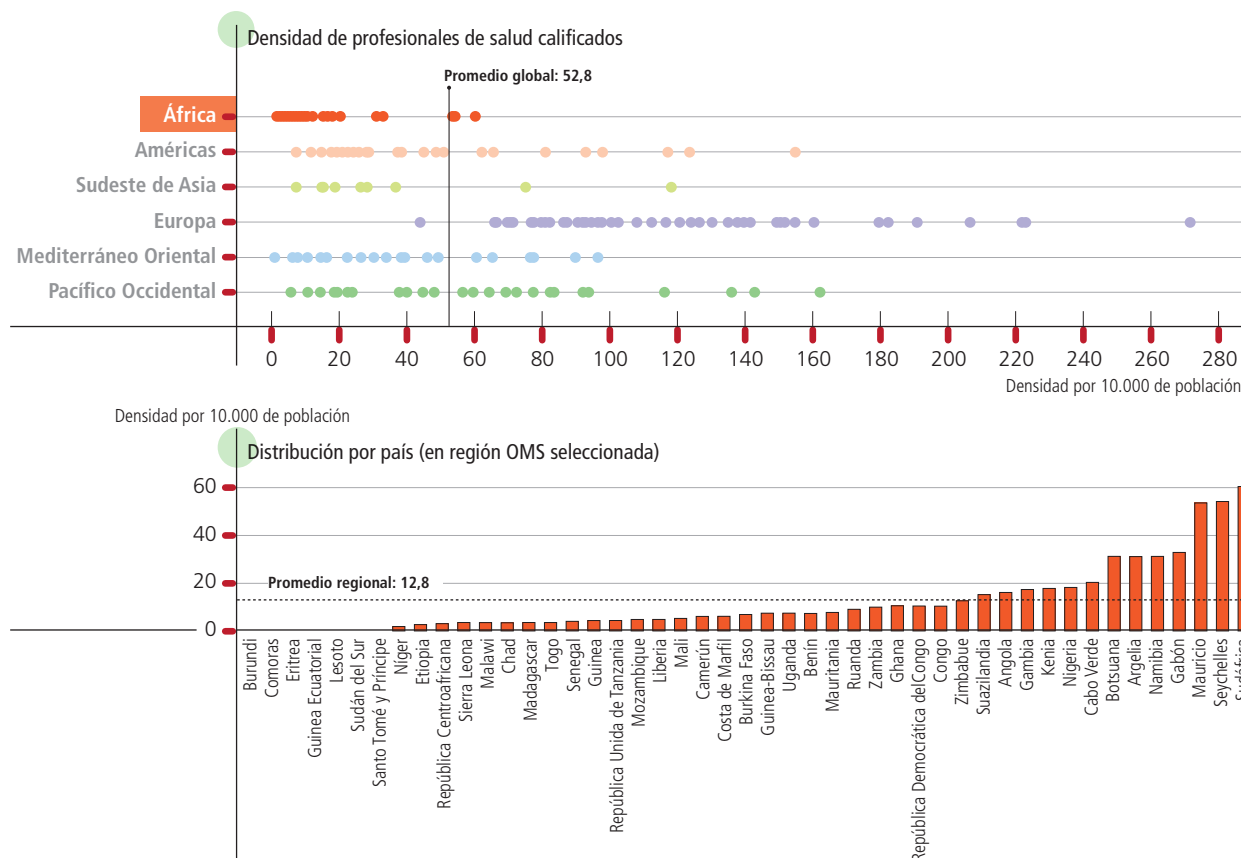
4.2.1 DLoAsD t rabajadores de la salud que están motivados y apoyados para prestar atención de calidad

Los médicos, enfermeras y demás profesionales de la salud son esenciales para el suministro de atención en salud de alta calidad a individuos, familias y comunidades. En estos momentos hay un déficit estimado globalmente de 2,5 millones de médicos, 9 millones de enfermeras y parteras, y 6 millones de profesionales de área afines a la salud. Como resultado, la atención básica a menudo está ausente o se presta mal (69). El problema es más severo en los países más pobres (Figura 4.1). Incluso en las economías desarrolladas, los trabajadores de salud se concentran con demasiada frecuencia en las ciudades, con la consecuencia de que la calidad de la atención es a menudo peor en áreas rurales y remotas. Incluso dentro de las ciudades, ciertas ubicaciones, los barrios marginales, por ejemplo – tienen un déficit especial de trabajadores de la salud.

Los trabajadores de la salud comunitarios pueden ayudar a aliviar los faltantes de fuerza de trabajo. Estos son individuos que han sido entrenados para prestar servicios de atención en salud específicos, o para desarrollar vigilancia y tratamiento de enfermedades transmisibles y no trasmisibles. Éstos generalmente provienen de las comunidades que atienden, ofreciendo así un puente potencial hacia los esfuerzos de relacionamiento comunitario. Los trabajadores comunitarios de la salud pueden superar barreras culturales y lingüísticas, al tiempo que expanden el acceso a la atención y nuevas formas de empleo. La evidencia muestra que los trabajadores de la salud comunitarios son capaces de prestar atención segura y efectiva para enfermedades de la niñez, reduciendo la propagación de enfermedades transmisibles

y no transmisibles, promoviendo la nutrición, y prestando servicios de planificación familiar a bajo costo (70). En entornos de recursos bajos, los trabajadores de la salud comunitarios han reducido la mortalidad materna, neonatal e infantil (71). Más de 50 años de experiencia con programas muestra que estos cargos deben ser pagos y no voluntarios; tener responsabilidades específicas que no sean demasiado amplias; recibir capacitación, educación continuada y supervisión permanente; estar integrados a equipos de atención primaria en salud; y ser parte de bucles de retroalimentación de datos (72).

Figura 4.1 Densidad y distribución global de profesionales de salud calificados por región OMS, 2005-2016



Fuente: Observatorio Global de Salud (34).

La disponibilidad de personal directo no asegura en sí misma la buena atención. Los trabajadores de la salud pueden pasar poco tiempo con los pacientes, carecer de habilidad para hacer diagnósticos correctos, o recetar tratamiento inadecuado (73). Los clínicos rurales en el sur de China pasaron un promedio de sólo 1,6 minutos en consulta con pacientes y sólo hicieron el 18% de las preguntas esenciales. Un diagnóstico completamente correcto se entregó en sólo una de cada cuatro consultas (44).

Más allá de meros conteos de la fuerza de trabajo en salud, otros aspectos críticos incluyen:

- **accesibilidad**, o qué tan fácilmente pueden ver o hablar las personas con un profesional en salud con las habilidades correctas, sea en persona o por enlaces de video o telefónicos;

- **aceptabilidad**, o si las personas sienten que han sido tratadas con respeto y se les han tenido en cuenta sus puntos de vista cuando se trata de decisiones relacionadas con su salud;
- **calidad**, o el conocimiento, habilidades y actitudes de los profesionales de salud de acuerdo con las normas aceptadas, y según son percibidos por los usuarios;
- **mezcla de habilidades y trabajo en equipo**, o si el grupo de profesionales de salud (y en algunos entornos, trabajadores auxiliares) tienen en conjunto los conocimientos y habilidades para manejar los patrones locales de mortalidad y morbilidad;
- **entornos habilitadores**, o las condiciones físicas, legales, financieras, organizacionales, políticas y culturales que apoyan la atención de alta calidad.

El primer paso en la construcción de una fuerza de trabajo de alta calidad con la mezcla de habilidades correctas debe ser una estrategia nacional de fuerza de trabajo atendiendo brechas en números, distribución y retención, tanto en el corto plazo y a más largo plazo. Las estrategias de fuerza de trabajo de profesionales de salud no deben privar a otros sistemas de salud de personal calificado atrayéndolos de los sistemas de salud de sus países de origen. Las políticas de fuerza de trabajo pueden demorar años en dar frutos. La solución más efectiva y sostenible de faltantes rurales está en capacitar estudiantes que sean ellos mismos de comunidades rurales, incluyendo el establecimiento de escuelas clínicas en áreas remotas.

Modernizar los pénsums para capacitación pre- servicio de trabajadores de la salud para garantizar que adquieran competencias centrales médicas y de enfermería es un punto de partida obvio y, sin embargo, sigue siendo un reto en muchos países (Recuadro 4.1)(74). Otra prioridad es el desarrollo profesional continuado para garantizar que los profesionales de salud mantengan y mejoren sus conocimientos y habilidades abarcando una amplia gama de competencias a lo largo de sus vidas laborales.

Crecientemente, los sistemas de salud están haciendo que el desarrollo profesional continuo e incluso la recertificación sean obligatorios. Incluso donde no existe el desarrollo profesional continuo, los formuladores de política pueden trabajar con asociaciones profesionales para fomentar su uso y evaluar su impacto (75). Finalmente, integrar los principios de calidad y mejora de calidad a la educación pre-servicio y en-servicio y los pensus de capacitación y programas son vitales en la construcción de una fuerza de trabajo competente que sea capaz de suministrar servicios de salud de alta calidad.

4.2.2 Instituciones de atención en salud accesibles y bien equipadas

Persiste una variación sustancial en disponibilidad y alistamiento del servicio. Dentro y entre los países, la densidad de hospitales y clínicas es muy diferente. La atención básica en salud puede estar a muchas horas de distancia de las comunidades más pobres, rurales. En África Subsahariana, equipos básicos tales como un termómetro y estetoscopio están disponibles en ligeramente más de la mitad de las instalaciones en Etiopía, sin embargo, en Burkina Faso se encuentra en casi todas las instalaciones (Figura 4.2). La disponibilidad y alistamiento de servicios para operar es una condición necesaria para suministrar atención de calidad. No obstante, como se discutió a lo largo de este documento, no basta con suministrar servicios de calidad (78).

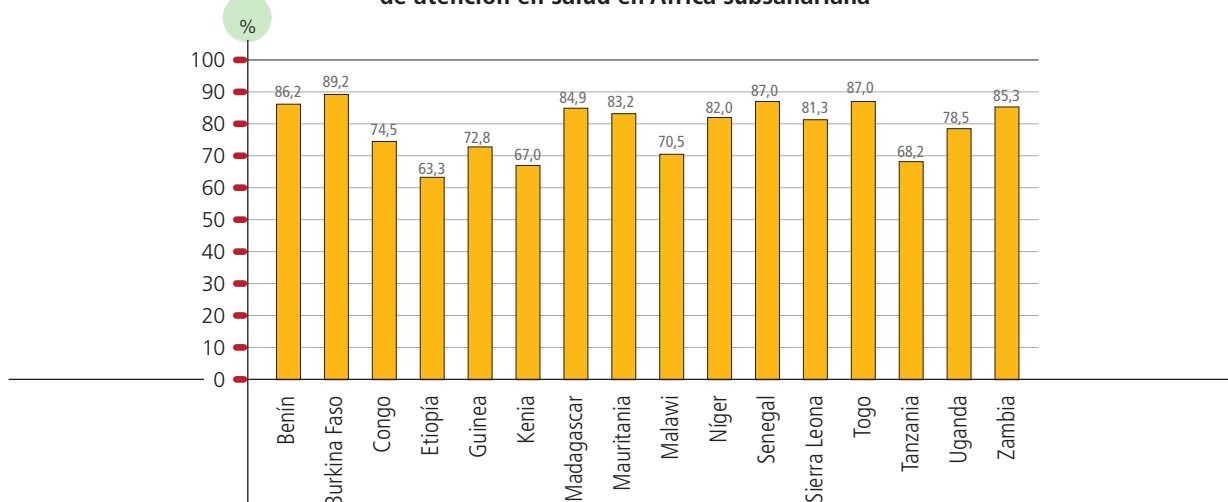
Recuadro 4.1 Estudio de caso: capacitación y retención de trabajadores de la salud en áreas mal atendidas de las Filipinas

Dos escuelas médicas en Filipinas tienen un enfoque primario en reclutar, capacitar y emplear estudiantes en áreas mal atendidas del país. La Escuela de Medicina de la Universidad Ateneo de Zamboanga y Escuela de Ciencias de la Salud sede Manila de la Universidad de las Filipinas son parte de la Red de Capacitación para la Equidad en Salud (Training for Health Equity Network – THENet). Esta red internacional de escuelas de medicina estipula que las necesidades de comunidades mal atendidas se deben integrar en todas las fases y aspectos de la educación médica, desde la ubicación física de la escuela hasta los problemas de salud que guían el pensum. Igualmente, se debe depender de los profesionales del ramo en la comunidad para la docencia y para servir de mentores.

La Escuela de Medicina de la Universidad Ateneo de Zamboanga abrió en 1994 en Ciudad Zamboanga, en el extremo suroccidental de la isla más meridional de las islas Filipinas, trayendo esperanza y mayor acceso a la atención en salud a una población de 3,2 millones de personas. La escuela médica más cercana estaba a 400 kilómetros de distancia. En ese momento, el 80% de los 100 municipios no tenía un médico. La región estaba plagada por tasas altas de mortalidad infantil y enfermedades transmisibles. En el 2011, una revisión del total de 164 egresados encontró que el 85% estaban ejerciendo en la región, con la mitad en áreas rurales y remotas; en total, el 90% siguió ejerciendo en las Filipinas comparado con el 32% de los egresados a nivel nacional. Entre 1994 y 2008, la tasa de mortalidad infantil en Zamboanga disminuyó en aproximadamente un 90%, excediendo ampliamente la disminución del promedio nacional del 50%. La escuela sigue reclutando estudiantes de la región y sigue un pensum que está profundamente integrado con las necesidades en salud de la comunidad local.

Fuente: World Health Organization (76); Cristobal y Worley (77).

Figura 4.2 Variaciones en disponibilidad de equipos básicos entre instituciones de atención en salud en África subsahariana



Fuente: Iniciativa de Desempeño de Atención Primaria en Salud (79).

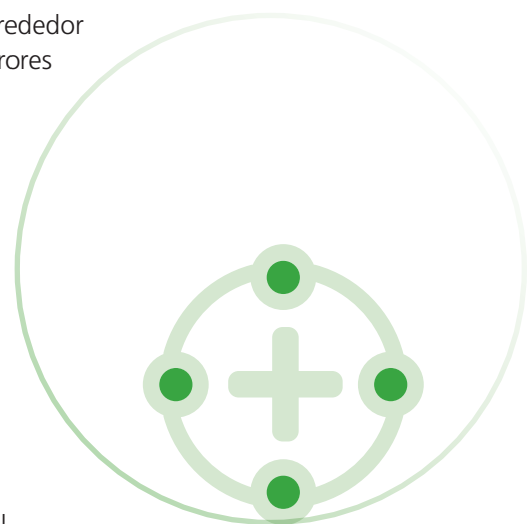
La calidad de las instituciones de atención en salud se juzga primero en si se cuenta con lo básico, como agua limpia, electricidad confiable, saneamiento bueno, y eliminación de residuos segura. En una encuesta en 2014, menos de la cuarta parte de las instalaciones en Nigeria tenía agua, saneamiento y electricidad confiables. De hecho, las estimaciones de la OMS indican que el 40% de las instituciones de atención en salud en países con ingresos bajos y medios carecen de agua mejorada y casi el 20% carecen de saneamiento. Estos cimientos básicos se requieren urgentemente para la calidad de la atención. Sin embargo, la infraestructura adecuada no necesariamente se equipara con atención de alta calidad. Se deben establecer y hacer cumplir estándares mínimos y fomentar la mejora continua. La acreditación, inspección y otras formas de evaluación y certificación externas son usadas ampliamente para evaluar a las instituciones de atención en salud frente a estándares explícitos. La solidez de la evidencia que soporta las evaluaciones externas aisladas es, sin embargo, limitada (80, 81). En consecuencia, los sistemas de atención en salud se están moviendo crecientemente hacia evaluaciones más continuas y formativas de desempeño de los prestadores, incluyendo la medición de resultados y experiencias de los pacientes (15).

4.2.3 Medicamentos, dispositivos y tecnologías que son seguros en diseño y uso

El acceso confiable a medicamentos, dispositivos y tecnologías seguros y efectivos, incluyendo la transfusión de sangre, es un requerimiento básico para los servicios de atención en salud efectivos. Restringir en forma activa los productos inseguros o ineficaces es crítico para la seguridad del paciente. El acceso a, y estándares mínimos de calidad para, medicamentos y otras tecnologías han mejorado, pero sigue habiendo brechas sustanciales en la prestación básica. Problemas generalizados y graves debido a productos falsificados, complican el tema.

Los estándares de regulación varían mucho. Por ejemplo, en algunos países, los antibióticos se pueden comprar sin una fórmula médica, impulsando el uso innecesario y aumentando la amenaza de resistencia antimicrobiana (82). Incluso cuando se regula correctamente el uso de medicamentos, los errores afectan alrededor de uno de cada 10 fórmulas médicas expedidas, principalmente errores relacionados con las dosis (83).

Los estándares de regulación varían mucho. Por ejemplo, en algunos países, los antibióticos se pueden comprar sin una fórmula médica, impulsando el uso innecesario y aumentando la amenaza de resistencia antimicrobiana (82). Incluso cuando se regula correctamente el uso de medicamentos, los errores afectan alrededor de uno de cada 10 fórmulas médicas expedidas, principalmente errores relacionados con las dosis (83). De acuerdo con un informe, solo el 30–40% de los pacientes en países con economías en desarrollo o transicionales son tratados con medicamentos de acuerdo con guías clínicas (84). El papel del paciente en hacer efectivos y seguros los medicamentos y dispositivos también es crítico. Los sistemas de salud por lo general no prestan suficiente atención a informar y apoyar a los pacientes en su uso de los medicamentos. El tercer Desafío Global de Seguridad del Paciente de la OMS - Medicamentos Sin Daños - se lanzó en la segunda Cumbre Ministerial Mundial sobre Seguridad del Paciente, Bonn, Alemania, en marzo de 2017 con el objetivo de reducir el daño severo y evitable relacionado con medicamentos en un 50% a nivel mundial en los próximos cinco años.





El equipo médico requiere mantenimiento, capacitación del usuario, soporte de respaldo y, finalmente, desmantelamiento. La donación de equipos importante en algunos países de bajos ingresos plantea preocupaciones particulares. A menos que haya disponibles repuestos, consumibles y capacitación del personal, dicho equipo puede ser inutilizable o inseguro. Tres de cada 10 países carecen de una autoridad nacional que regule qué tecnologías médicas se pueden usar y cómo usarlas (85). Las transfusiones de sangre son un caso especial. Muchos países de bajos ingresos no pueden analizar sangre para VIH, hepatitis B, hepatitis C y sífilis. Los receptores de transfusiones corren entonces un riesgo inaceptable de contraer infecciones transmisibles.

Las políticas nacionales sobre medicamentos y dispositivos ayudan a garantizar productos de calidad asegurada, en cantidades adecuadas y a precios asequibles. Los procesos estandarizados para la evaluación de tecnologías de salud se analizan en el próximo capítulo. Los sistemas regulatorios exigibles que abordan el diseño y desarrollo, la venta, el uso y la disposición pueden ser poderosos para garantizar la calidad y la seguridad en esta área. Las guías y listas de verificación pueden fomentar el uso apropiado en la cabecera del paciente. Deben ir acompañados de sistemas de vigilancia que controlen el uso correcto y que puedan detectar accidentes y reacciones adversas. La donación voluntaria no remunerada de sangre mejora el suministro y la seguridad de la sangre. La seguridad se transformaría si todos los sistemas de salud adoptaran este método de donación (86). Los riesgos de transfusión se reducen mediante la evaluación externa de la calidad de la recolección, preparación y administración de productos sanguíneos.

4.2.4 Sistemas de información que monitorean e impulsan continuamente una mejor atención.

El desarrollo de medidas de calidad precisas y oportunas de los servicios de atención en salud de las experiencias de los usuarios y de los resultados alcanzados sigue siendo un reto, dado lo poco que los gobiernos y los donantes gastan en sistemas de información en salud. La mayoría de los sistemas de salud de la OCDE invierten solo del 2 al 4% del gasto total en salud en sistemas de información. En la mayoría de los países con ingresos bajos y medios, la cifra es inferior al 1% (87). Como resultado, los datos sobre los resultados y la calidad a menudo no se capturan en absoluto, o se recopilan de manera que no se pueden analizar o comparar debido a la falta de terminología estandarizada. Incluso cuando se recopilan datos, el traspaso de estos datos a información accionable para la mejora de calidad sigue siendo un reto fundamental.

Sin embargo, la buena información de desempeño es importante para mejorar la calidad de la atención. El proyecto Resultados, Desempeño y Eficiencia en Salud Europea (EuroHOPE) descubrió que la supervivencia después de un ataque cardíaco variaba hasta el doble dentro de un solo sistema nacional de salud (88). Para permitir que los hospitales y clínicas ofrezcan el mismo nivel de atención excelente, se deben recopilar e interpretar datos comparativos más detallados sobre la variación en la calidad y los resultados y usar éstos para difundir las mejores prácticas y apoyar a los de bajo desempeño. Además de EuroHOPE, la Colaboración Europea para la Optimización de la Atención en Salud (89) y el Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud de la OCDE (35) ejemplifican una tendencia a desarrollar dichos esquemas de calidad de datos a nivel global (Recuadro 4.2).

Recuadro 4.2 Estudio de caso: Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud de la OCDE

El Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud de la OCDE comenzó en el 2001 con el objetivo de desarrollar comparaciones internacionales de la calidad de la atención en salud y, por lo tanto, identificar y compartir las mejores prácticas para monitorear, asegurar y mejorar la calidad. Los expertos que participan en el proyecto provienen de países miembros y no miembros de la OCDE, organizaciones internacionales como la OMS, la Comisión Europea e institutos de investigación.

Se reportan alrededor de 50 indicadores (que cubren atención primaria, atención hospitalaria, servicios de salud mental, seguridad del paciente y experiencias del paciente) de unos 40 países. Se publican indicadores de calidad de la atención en salud comparables junto con otras estadísticas de salud de la OCDE sobre gastos, recursos y utilización para facilitar su interpretación.

Junto con la recolección habitual de datos, existe investigación y desarrollo continuos para mejorar la validez, la utilidad y la comparabilidad de los indicadores de calidad de la atención en salud. Otro objetivo del proyecto es fortalecer las infraestructuras nacionales de información para producir indicadores más complejos y confiables en un número creciente de países, incluidos los países no pertenecientes a la OCDE.

Fuente: OCDE (35).

Con demasiada frecuencia, los datos se dejan desmoronar en sistemas mal organizados, en documentos de papel, o quedan atrapados en silos digitales incompatibles entre sí. Uso oportuno y apropiado de y acción sobre la información es de vital importancia. El Health Data Collaborative [Colaboración en Datos de Salud], una iniciativa global dirigida por la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), están abordando este desafío. Al trabajar con agencias internacionales y países individuales, el Health Data Collaborative busca armonizar la forma en que los datos de los sistemas de salud se recopilan y reportan a nivel mundial, y tiene como objetivo permitir un mejor seguimiento del desempeño del sistema de salud y el progreso hacia los objetivos relacionados con la salud de los ODS (90). Del mismo modo, la Primary Health Care Performance Initiative [Iniciativa de Desempeño de Atención Primaria en Salud] (79) tiene como objetivo compartir resultados internacionalmente comparables sobre el desempeño de los sistemas de atención primaria en salud a nivel mundial así como permitiendo la mejora del desempeño mediante el intercambio de resultados y mejores prácticas para la mejora del desempeño.

La información básica sobre todos los nacimientos y defunciones debe registrarse de manera confiable. El registro civil efectivo es la columna vertebral de la infraestructura de información de un sistema de salud. A partir de esto, se pueden construir registros que monitoreen las necesidades, las intervenciones y los resultados para los grupos de pacientes (como aquellos con VIH, cáncer o enfermedades mentales).

El registro civil asigna un identificador personal único a un individuo. Esto permite vincular los datos de varios prestadores a lo largo del tiempo y permite hacer seguimiento al desempeño de los servicios de atención en salud. Si la legislación para proteger

la privacidad impide la vinculación anónima de datos de elementos de la experiencia de salud de un individuo en diferentes lugares y en diferentes momentos, no habrá forma de evaluar una ruta completa de atención (Recuadro 4.3).

La gobernanza *efectiva de la información* sigue siendo débil en muchos sistemas de salud. El uso de datos personales de salud para monitorear y mejorar el desempeño de los servicios de salud tiene un objetivo público importante, pero siempre debe hacerse de manera que proteja la privacidad. Se necesita una legislación nacional que proteja la privacidad del paciente al tiempo que permite el uso de datos y una buena comunicación con el público sobre el uso de datos, así como, a nivel global, estándares para mejorar la calidad y la comparabilidad de los datos (91).

Pasar de los registros en papel a una historia clínica electrónica única, utilizable en múltiples entornos de atención en salud, ayudará a monitorear el desempeño de los servicios de atención en salud. También será vital apoyar a los clínicos, gerentes y formuladores de políticas para interpretar los datos del servicio y usarlos para mejorar la calidad.

Se necesita una acción especial para mejorar la seguridad del paciente. Fomentar la transparencia cuando las cosas salen mal, construyendo una cultura libre de culpa y de aprendizaje, es un requisito previo. Esto puede ser compatible si los análisis se centran en entender *las causas raíz de los eventos adversos* explorando los múltiples factores causales y contributivos que provocan errores, algunos de los cuales resultan en daños mayores para los pacientes. Acordar una terminología estandarizada internacionalmente también mejorará la capacidad de clasificar, comparar y prevenir eventos adversos en diferentes sistemas de salud.



Recuadro 4.3 Estudio de caso: mejoramiento del registro civil y estadísticas vitales en Uganda

Solo uno de cada cinco de los 1,5 millones de nacimientos anuales en Uganda fue registrados en el sistema nacional de registro civil y estadísticas vitales. Las familias a menudo tenían que viajar largas distancias para registrarse en persona, lo que requería pago de una tarifa. Un sistema basado en papel generaba retrasos frecuentes en la expedición de certificados de nacimiento. Incluso entre los nacimientos registrados, más de la mitad no recibió un certificado de nacimiento.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Uganda Telecom implementaron el Sistema de Registros Vitales Móviles, que conecta a los usuarios de teléfonos móviles y las computadoras de los hospitales a un servidor del gobierno central. Para los nacimientos que ocurren fuera de las instalaciones de salud, los voluntarios - generalmente líderes de la aldea - recopilan y envían información de nacimientos a una base de datos del gobierno por medio de un servicio gratuito desde sus teléfonos móviles. Un funcionario revisa la información y, si se considera creíble, se emite un certificado de nacimiento. El voluntario de la comunidad es notificado por mensaje de texto. La implementación del Sistema de Registros Vitales Móviles aumentó el registro de nacimientos significativamente, lo que condujo a una mayor expansión del programa. Ahora también se está implementando en las escuelas para llegar a niños no registrados anteriormente.

Fuente: UNICEF (92).

Finalmente, en 2017, los ministros de salud de los países de la OCDE acordaron que sus sistemas de salud serían comparados utilizando una nueva ola de indicadores de desempeño informados por los pacientes (30). Los sistemas de información en salud más sofisticados encuestan a los pacientes directamente, para monitorear y comparar sus puntos de vista sobre la calidad de la atención recibida y monitorear sus resultados en salud (93). Esta estrategia es un desarrollo importante que apoyará un cambio de paradigma de los sistemas de medición que se centran en los prestadores de atención en salud a sistemas verdaderamente centrados en las personas en los que la medición se enfoca en las experiencias y los resultados vistos desde la perspectiva de los pacientes (94).

4.2.5 Mecanismos de financiamiento que permiten y fomentan una atención de calidad

La forma en que se recopilan, agrupan y utilizan los fondos para pagar los servicios de atención en salud puede, como era de esperar, tener grandes efectos sobre la calidad y los resultados de la atención. Primero, hay evidencia sólida de que los fondos deben ser recolectados y agrupados antes de necesitar atención, a través de planes de seguros obligatorios (con contribuciones subsidiadas para aquellos que no pueden pagar el seguro). La alternativa - pagar de su bolsillo en el momento de la necesidad – significa que las personas no reciben atención cuando la necesitan y, como resultado, terminan más enfermos o empobrecidos catastróficamente (65).

Cómo fluye el financiamiento de las agencias de seguros a la primera línea, para comprar o reembolsar servicios, es igualmente crítico. Existen varios mecanismos posibles, como la tarifa por servicio, capitación o presupuestos anuales en bloque (transferidos a hospitales o clínicas, en función del gasto previo o previsto). Cada uno tiene fortalezas y debilidades, en la medida en que premia la actividad sobre los resultados, o incentiva la atención preventiva sobre la atención reactiva. No hay “una solución mágica” y, en la práctica, generalmente se emplea una combinación de mecanismos. Lo importante, desde la perspectiva de la calidad de la atención, es que la combinación esté diseñada de manera inteligente, se alinee lo más estrechamente posible con las necesidades locales, incentive la coordinación de la atención para las personas con necesidades complejas, invierte adecuadamente en atención primaria y prevención, recompense la atención de calidad y penalice la atención que no cumple con suficientes estándares. En consecuencia, los sistemas de salud crecientemente están diseñando mecanismos que pagan por paquetes o rutas de atención, y experimentan con pagos basados en la calidad.

Una familia de tales innovaciones, aplicada en entornos de ingresos altos, así como bajos, es el pago por desempeño (P4P), o financiamiento basado en resultados. Los programas cuidadosamente diseñados, a menudo limitados en tiempo, pagan a los prestadores de atención en salud para que brinden intervenciones específicas de alta prioridad. Casi las dos terceras partes de los países de la OCDE cuentan con al menos un esquema P4P, predominantemente en atención primaria. Las revisiones sistemáticas sugieren tentativamente un impacto positivo de P4P y los programas de financiamiento basados en resultados sobre la calidad en los países de la OCDE (93). Los resultados para el financiamiento basado en resultados en entornos de bajos ingresos son mixtos, con resultados bastante modestos hasta ahora para la mejora de la calidad, especialmente para condiciones no específicas. En general, las innovaciones en pagos también se pueden utilizar para ofrecer beneficios colaterales constantes – tales como protocolos de atención mejorados, colaboración entre prestadores y sistemas de información mejorados – sobre las necesidades de atención, actividades, resultados y costos en salud.

4.3 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO LA BASE DE LA ATENCIÓN EN SALUD CENTRADA EN PERSONAS

A medida que los gobiernos planean brindar cobertura sanitaria universal, hay tres principios clave de diseño que deben considerarse. Primero, los servicios deben construirse de una manera que satisfaga las necesidades locales de atención en salud. Aunque parezca obvio, muchos sistemas de salud carecen de un enfoque en salud poblacional. En cambio, las redes de servicios de salud disponibles son el producto de un legado histórico, o el resultado de cabildeo político o de financiamiento transitorio de donantes. Las comunidades locales pueden ser espectadores inocentes en el diseño de la atención que en última instancia está destinada a ellos. Muchos países con ingresos bajos y medios han enfrentado una alta carga de enfermedades transmisibles y esto ha significado que sus sistemas han necesitado funciones robustas de salud pública en áreas como la vigilancia, los laboratorios y la inmunización de rutina. También pueden haber recibido importantes fondos de donantes en forma de subvenciones programáticas para controlar o eliminar enfermedades específicas. Sin embargo, cada vez más, la creciente carga de enfermedades no transmisibles en estos mismos países requiere servicios capaces de apoyar a las personas a lo largo del tiempo con atención personalizada y proactiva para controlar su condición, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida (Recuadro 4.4).

Recuadro 4.4 Estudio de caso: necesidades insatisfechas para la atención de enfermedades crónicas

La hipertensión, o presión arterial alta, es uno de los factores de riesgo más frecuentes y críticos para la muerte temprana y la discapacidad a nivel mundial. La hipertensión no tratada conduce a enfermedad renal, cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (estas últimas son las dos causas principales de muerte en todo el mundo). Se estima que la hipertensión afecta a uno de cada tres adultos mayores de 20 años en todo el mundo, con una prevalencia ahora mayor en países con ingresos bajos y medios que en países de ingresos altos (prevalencia estandarizada por edad de 31,5% versus 28,5%, respectivamente). De las aproximadamente 1,5 mil millones de personas con hipertensión, menos de la mitad se dará cuenta de su condición; solo el 36,9% recibirá el tratamiento adecuado; y tan solo el 13,8% tendrá su presión arterial controlada de manera efectiva. Existen disparidades significativas en la conciencia y el tratamiento por nivel de ingresos del país: en países de ingresos altos versus países con ingresos bajos y medios, las tasas de diagnóstico y tratamiento son dos veces más altas y 4 veces la proporción de pacientes tiene su presión arterial controlada.

Fuente: Mills et al. (96).

Un estudio reciente analizó 22 iniciativas para fortalecer la atención primaria en salud en 10 condados en China y a nivel nacional y subnacional en 12 países. Se derivaron ocho principios de los sistemas de atención primaria en salud de alto desempeño: garantizar la atención primaria en salud como primer punto de contacto para la mayoría de las necesidades de atención en salud; equipos de atención multidisciplinarios en funcionamiento; integración vertical de servicios; integración horizontal de servicios; tecnología de la información y de las comunicaciones avanzada; rutas clínicas integradas y sistemas de referencia dual en funcionamiento; estándares de medición y retroalimentación; y certificación (95).

El segundo principio clave del diseño es construir servicios de atención primaria de alta calidad (97). Los primeros contactos con la atención en salud y el punto de entrada habitual de una persona en el sistema de salud deben ser continuos y completos (Recuadro 4.5). Ningún problema de salud física o mental debe excluirse de las funciones de vigilancia y coordinación de la atención primaria. Si los individuos y las familias en una comunidad geográfica (o definida de otra manera) se registran formalmente con un prestador de atención primaria designado, esto permite la creación de perfiles de salud comunitarios, así como la vigilancia de las necesidades y la prestación de atención preventiva. El registro también crea una estructura para la atención *proactiva* entre personas con enfermedades crónicas. La atención primaria también es fundamental para la resiliencia del sistema de salud, y es fundamental en la vigilancia de enfermedades transmisibles u otros peligros, y en la prestación de atención de primera línea en caso de brotes.

Recuadro 4.5 Estudio de caso: atención primaria en Costa Rica

En Costa Rica, un sector innovador de atención primaria forma una base sólida para el resto del sistema de atención en salud. Las clínicas comunitarias o equipos básicos de atención integral de salud (EBAIS) son las unidades funcionales de la prestación de atención primaria. Cada EBAIS atiende alrededor de 1.000 hogares. Cada uno consta de al menos un médico, una enfermera y un asistente de atención en salud. Otro personal, como trabajadores sociales, dentistas, técnicos de laboratorio, farmacéuticos y nutricionistas, también puede apoyar a la clínica.

Para complementar EBAIS, recientemente se han desarrollado centros de atención integral en salud (CAIS). Éstos ofrecen un modelo extendido de atención primaria, que incluye servicios de maternidad, camas de atención intermedia (para evitar el ingreso hospitalario o acelerar el egreso temprano), cirugía menor, rehabilitación, clínicas especializadas (tales como el tratamiento del dolor) y diagnósticos como la radiografía.

Un marco detallado de desempeño de la atención primaria evalúa a las autoridades sanitarias locales a través de 30 indicadores en los dominios de acceso, continuidad, efectividad, eficiencia, satisfacción del paciente y competencia organizacional. Para cada indicador, se establece un objetivo nacional y se publican cuadros de mando de resultados locales, permitiendo a los prestadores comparar su desempeño con los puntos de referencia nacionales, regionales y locales.

Los datos nacionales muestran que el 80% de las presentaciones de atención primaria se resuelven a ese nivel, sin ser remitidos a la atención secundaria. Existen pautas de remisión, y las remisiones hospitalarias se devuelven si no se han completado los pasos apropiados en la atención primaria. Los médicos del hospital también capacitan a colegas que trabajan en EBAIS para fortalecer la gestión de la atención primaria.

Fuente: OCDE (21).

En tercer lugar, el relacionamiento con los pacientes, las familias y las comunidades debe diseñarse en los sistemas de salud, en lugar de incorporarse como algo añadido. Una revisión de estudios controlados aleatorios de programas de atención integrada para ancianos frágiles, por ejemplo, mostró que el mayor beneficio se derivaba de aquellos en los que la persona mayor estaba directamente involucrada en la planificación de la atención (98, 99).

Si se alienta a los grupos de pacientes a participar en acciones colectivas, las personas se benefician enormemente del apoyo de otros con problemas de salud similares. El programa de Pacientes para la Seguridad del Paciente de la OMS ilustra esto bien. El programa ha potenciado una red global de defensores de pacientes que tiene como objetivo fomentar la colaboración entre pacientes, familias, comunidades, prestadores de atención en salud y formuladores de políticas para hacer que la atención en salud sea más segura a través de las percepciones y experiencias de los propios pacientes (100).

En términos más generales, la colaboración con organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios de base y organizaciones representantes de pacientes también ofrece enormes ganancias potenciales. Las organizaciones de la sociedad civil centradas en asuntos de salud están cada vez más establecidas en muchos países con ingresos bajos y medios (Recuadro 4.6). Estos grupos hacen mucho más que solo ofrecer consejos y apoyo: también ayudan a las personas a hacer valer sus derechos para una atención de alta calidad. Una revisión de la literatura por Laverack (101) ilustra las múltiples vías a través de las cuales el relacionamiento comunitario fortalece los sistemas de salud. Estos incluyen el fortalecimiento de las redes sociales, el desarrollo de habilidades locales como el liderazgo, la movilización de recursos o simplemente hacer la pregunta “¿Por qué?”.



Recuadro 4.6 **Estudio de caso: uso de la Voz y la Acción Ciudadanas para empoderar comunidades en Uganda**

Empoderar a las comunidades por medio de la capacitación y la educación es un paso importante para permitirles interactuar con los prestadores de atención en salud. El modelo de proyecto Voz y Acción Ciudadana (20), por ejemplo, permite a los ciudadanos conocer la cantidad de trabajadores de la salud, vacunas, equipos y materiales que deben estar presentes en su centro de salud local. Los residentes luego trabajan con trabajadores de la salud y el gobierno local para medir el cumplimiento de las instalaciones con las normas gubernamentales.

También pueden usar un cuadro de mando comunitario para calificar la instalación de acuerdo con los criterios que ellos mismos generan, y convocar reuniones con la sociedad civil, el gobierno y los prestadores de servicios donde todas las partes interesadas pueden revisar la evidencia y comprometerse con un plan de acción para mejorar los servicios.

El modelo Voz y Acción Ciudadana se implementó con éxito en Uganda en 2004 en respuesta a la percepción de una prestación de atención en salud débil en el nivel de atención primaria. El objetivo principal de la intervención fue fortalecer la responsabilidad del proveedor ante los clientes ciudadanos mediante la introducción de un proceso, utilizando organizaciones comunitarias capacitadas como facilitadores, que las comunidades podían gestionar y mantener por sí mismas. Un año después de la implementación, las instalaciones de salud en las aldeas de tratamiento (en comparación con las aldeas de comparación) vieron una reducción de 12 minutos en el tiempo de espera promedio y una reducción del 13% en el ausentismo. Las instalaciones de salud en las aldeas de tratamiento también mostraron una disminución del 33% en la mortalidad de menores de 5 años; un aumento del 58% en el uso de parteras calificadas; y un aumento del 19% en el número de pacientes buscando atención prenatal. Las mejoras se mantuvieron cuatro años después del inicio del proyecto.

4.4 LA VISIÓN: SISTEMAS DE SALUD COMPROMETIDOS CON LA ATENCIÓN CENTRADA EN PERSONAS

La futura madre con presión arterial alta, o el anciano con diabetes, artritis y pérdida auditiva, requieren una gama de servicios que se presten de manera efectiva, no solo dentro del sistema de salud formal, sino en la comunidad a la que regresarán a vivir y trabajar. El joven con esquizofrenia necesita atención cuidadosamente coordinada para manejar sus problemas de salud mental, pero también para lidiar con la variedad de problemas crónicos de salud física que reducen la esperanza de vida hasta en 25 años en personas con enfermedades mentales graves. La atención en salud compleja requiere sistemas capaces de ofrecer una ruta de atención completa de atención (promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, servicios de rehabilitación y cuidados paliativos) de manera consistente, efectiva, segura y de forma que sean valoradas por los pacientes y sus familias.

La gobernanza efectiva de los sistemas de salud comprende varias tareas, incluido el mantenimiento de la vigilancia estratégica de los objetivos y prioridades; generar la información y el análisis necesarios para hacer seguimiento al cumpliendo los objetivos; diseñar reglas, políticas y procesos para dirigir el sistema en la dirección deseada; y creando y fomentando colaboraciones dentro y fuera del sistema de salud.

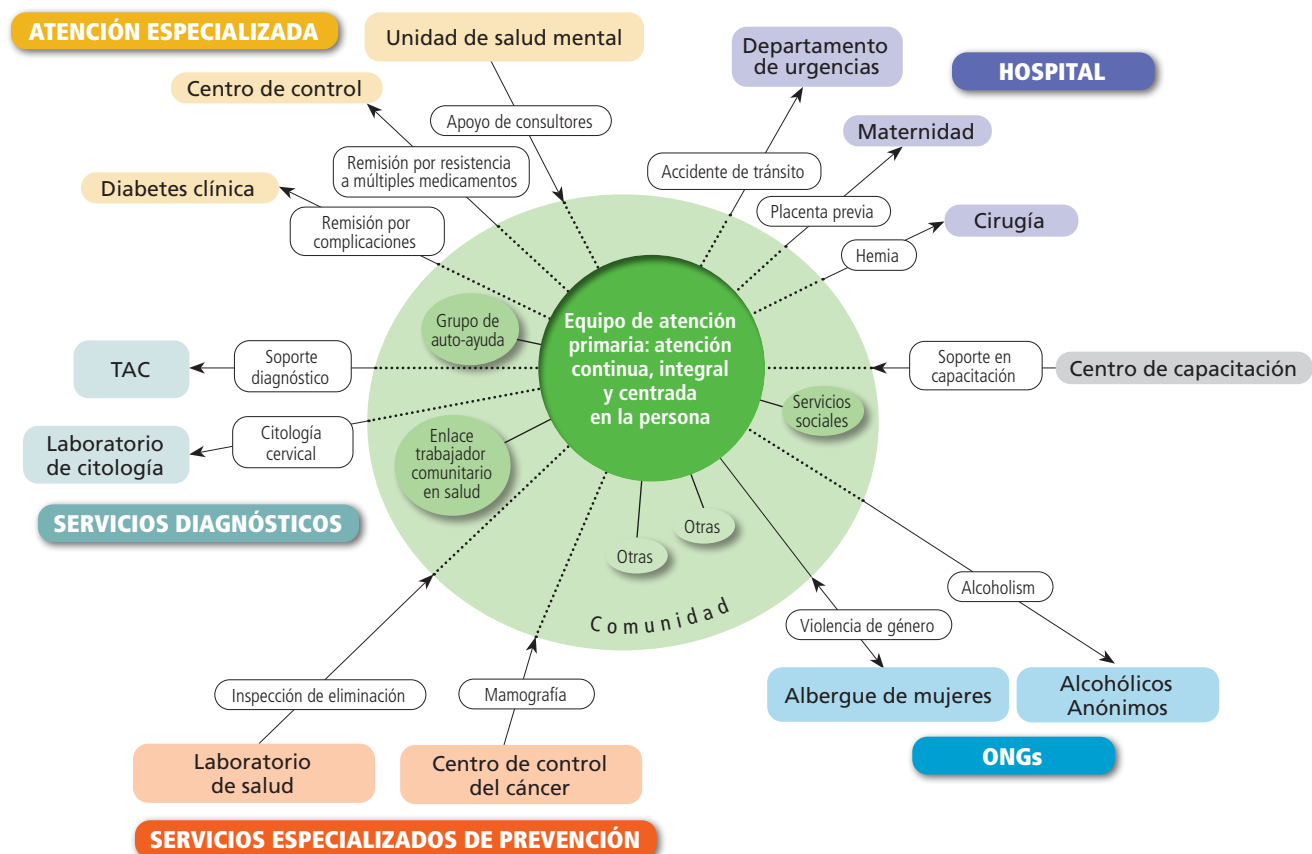
La consagración del derecho a la atención en salud, de acuerdo con las necesidades, en la legislación nacional es un paso valioso para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. La experiencia muestra que los compromisos conforme al derecho a menudo no se traducen, de facto, en el acceso a una atención de buena calidad. La creación de una agencia nacional responsable del monitoreo y la mejora de la calidad también es un paso importante. Idealmente, debería ser independiente de las aseguradoras y prestadores de atención en salud, con los poderes regulatorios para recopilar, analizar y publicar datos de calidad y resultados. Su función también puede abarcar el intercambio de lecciones aprendidas de aquellos con alto desempeño y el apoyo a servicios de bajo desempeño para abordar las brechas de desempeño.

La atención centrada en las personas significa que los sistemas de salud deben garantizar:

- *continuida* desde la prevención de enfermedades hasta la paliación, entre servicios (por ejemplo, cuidados intensivos y radiología) y entre niveles de atención (primaria a especialista), a lo largo del curso de la vida;
- *coordinación* a través de diferentes entornos de atención, de manera que satisfagan las necesidades particulares de las personas y sus cuidadores;
- *exhaustividad* que amplía el portafolio de atención, desde la promoción de la salud hasta la atención paliativa, que las personas y las comunidades pueden usar.

Cuando los sistemas de salud luchan por brindar atención centrada en las personas, a menudo se debe a que los servicios aún ponen demasiado énfasis en el tratamiento de enfermedades individuales, en lugar de prevenir enfermedades o promover una mejor salud y bienestar. El sistema prioriza la atención especializada para su inversión y concentración de recursos. La atención primaria puede diseñarse de modo que sea el mediador entre las necesidades de una comunidad y el rango de prestación en un sistema de salud. Luego puede cumplir con la función de coordinación mejorada que requiere la atención centrada en la persona (Figura 4.3). Una manera importante de mantener la atención centrada en las personas en buen rumbo y garantizar el equilibrio correcto de los servicios de atención primaria y secundaria, es publicar informes periódicos que analicen el desempeño del sistema de salud en su conjunto.

Figura 4.3 La atención primaria como eje de coordinación
Trabajo de redes dentro de la comunidad atendida y con aliados externos

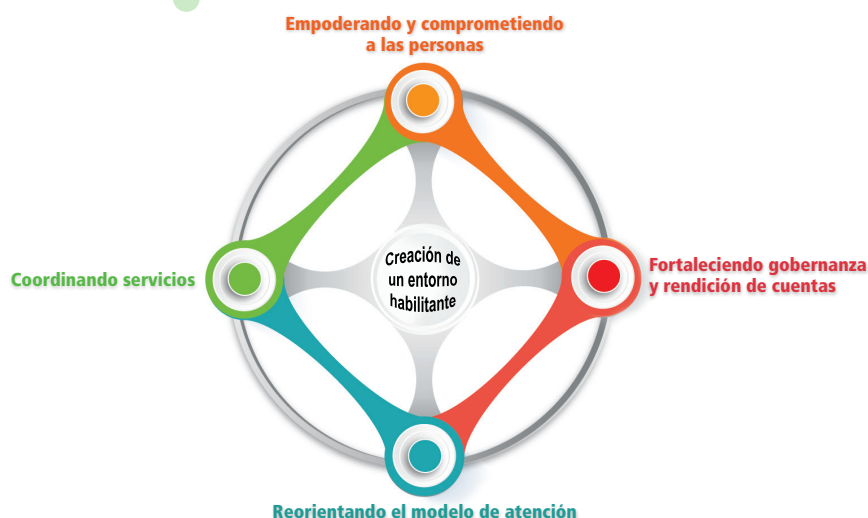


Fuente: Organización Mundial de la Salud (102).

La atención centrada en las personas es un punto de entrada crítico para mejorar la calidad. Involucra a los pacientes en las decisiones sobre su atención y les pide sus opiniones sobre sus resultados de atención; cuestiona las variaciones en los resultados de los pacientes entre los diferentes prestadores; genera una mayor inversión en registros electrónicos que funcionan entre múltiples entornos; asegura la transparencia y el aprendizaje cuando las cosas salen mal; y fomenta un sin número de otras acciones para mejorar la calidad de la atención en salud. Como dijo el experto mundial en calidad de la atención en salud Donald Berwick: "La centralidad en la persona no es solo una de las dimensiones de la calidad de la atención en salud, es la puerta de entrada a todas las calidades" (16).

El Marco de Servicios de Salud Integrados y Centrados en las Personas de la OMS, adoptado con el apoyo abrumador por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016, establece una visión convincente en la que "todas las personas tienen el mismo acceso a servicios de salud de calidad que se coproducen de una manera que satisfaga sus necesidades durante el curso de vida". Exige la coordinación de los servicios en todo el proceso de atención y un entorno de apoyo que ayude a los cuidadores en su praxis con las habilidades y los recursos que necesitan. Este marco propone cinco áreas estratégicas interrelacionadas (Figura 4.4) sobre cómo los servicios y sistemas de salud pueden reorientarse para lograr esta visión (103).

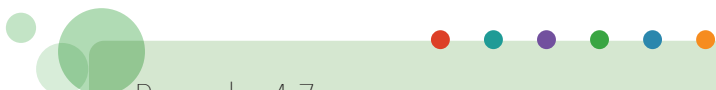
Figura 4.4 Cinco estrategias para servicios centrados



4.5 CONCLUSIÓN

La calidad puede incorporarse en las bases de los sistemas de atención en salud, sin importar qué tanto haya avanzado un sistema de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Un enfoque orientado a la calidad para los trabajadores de la salud, las instituciones de atención en salud, los medicamentos, los dispositivos y otras tecnologías, los sistemas de información y el financiamiento es vital en todas las etapas del desarrollo. La construcción de las bases de sistemas de salud de calidad debe estar a la vanguardia del pensamiento, la planificación y la formulación de políticas. Pero se requiere urgentemente más acción para crear sistemas de salud de calidad. Los sistemas de salud deben cambiar una jerarquía de arriba hacia abajo por rutas y redes basadas en la cooperación y la colaboración, con atención primaria como la base y las personas en el centro. Esta transformación de las relaciones debe combinarse con nuevos mecanismos para hacer que los gobiernos y los líderes del sistema de salud rindan cuentas y generen la confianza de los ciudadanos. El recuadro 4,7 describe las acciones clave que se pueden tomar para garantizar que la calidad se incorpore a las bases de los sistemas de atención en salud.

El siguiente capítulo proporciona más detalles sobre qué tipos de intervenciones se pueden unir e implementar a niveles macro, medio y micro para mejorar la calidad de la atención.



Recuadro 4.7 **Acciones clave: construcción de la calidad en las bases de los sistemas de salud**

Para garantizar que la calidad esté integrada en las bases de los sistemas para lograr la cobertura universal de la atención en salud, los gobiernos, los formuladores de política, los líderes del sistema de salud, los pacientes y los clínicos deben trabajar juntos para:

1. Garantizar una fuerza de trabajo de atención en salud de alta calidad, por medio de:

- desarrollar una estrategia nacional para abordar las brechas en número, distribución y retención de profesionales de la salud, tanto a corto como a largo plazo;
- modernizar los currículos de capacitación para los trabajadores de la salud e integrar los principios de calidad y métodos de mejora de la calidad en los currículos de capacitación;
- fomentar programas de desarrollo profesional continuo y evaluar su impacto.

2. Garantizar la excelencia por todas las instituciones de atención en salud, por medio de:

- asegurar el alistamiento y disponibilidad del servicio como condición necesaria pero no suficiente para la calidad de la atención;
- fomentar las evaluaciones continuas y formativas de la calidad de la atención de las instalaciones;
- recolectar y analizar datos más valiosos sobre variaciones en la calidad y los resultados en las instalaciones, convirtiendo percepciones en acciones para difundir las mejores prácticas y apoyar a los que tienen un bajo desempeño.

3. Garantizar el uso seguro y efectivo de medicamentos, dispositivos y demás tecnologías, por medio de:

- desarrollar políticas nacionales sobre medicamentos y dispositivos centradas en la calidad garantizada, el suministro adecuado y precios asequibles, respaldadas por una evaluación de tecnologías de salud estandarizada;
- desarrollar guías, listas de verificación y sistemas de vigilancia para respaldar el uso correcto de la tecnología médica y monitorear errores, accidentes y reacciones adversas;
- adoptar la donación no remunerada, voluntaria de sangre e introducir una evaluación externa de la calidad de los procesos para recolectar, preparar y administrar productos sanguíneos.

4. Garantizar el uso efectivo de sistemas de información

- crear sistemas confiables de registro de nacimientos y defunciones y, a partir de esto, desarrollar un sistema nacional de identificadores únicos de pacientes para apoyar el monitoreo de calidad a través de las rutas de atención;
- alejarse de los registros en papel a una historia clínica electrónica única que se puede utilizar en múltiples entornos de atención en salud;
- desarrollar una legislación nacional que proteja la privacidad individual al tiempo que permite el uso de datos personales de salud para investigación y mejora de la calidad;

...

- apoyar a los clínicos, gerentes y formuladores de políticas en la recopilación y análisis de datos de servicios para la mejora de calidad, y comunicarse efectivamente con el público sobre cómo se utilizan estos datos;
- fomentar la transparencia cuando las cosas salen mal, construyendo una cultura de aprendizaje que se centre en comprender las causas raíces en lugar de asignar culpa a título individual;
- a nivel mundial, acordar estándares para mejorar la calidad y la comparabilidad de los datos, particularmente terminología estandarizada para clasificar, analizar y prevenir eventos adversos;
- incluir la medición de los resultados y las experiencias del paciente como un elemento estándar en la evaluación de la calidad de las instalaciones.

5. Desarrollar mecanismos de financiamiento que apoyen la mejora continua de calidad, por medio de:

- reducir la dependencia en pagos de bolsillo y pasar a fondos prepagados y agrupados para la mayoría del financiamiento del sistema de salud a través de planes de seguro obligatorios, con subsidios para aquellos que no pueden pagar la contribución;
- vincular el financiamiento para los prestadores de atención en salud con las necesidades locales de prestadores de atención en salud, incentivando la coordinación de la atención para individuos con necesidades complejas e invertir adecuadamente en atención primaria;
- aprovechar plenamente el potencial de esquemas de pago para suministrar beneficios colaterales sostenidos, tales como protocolos mejorados de atención, colaboración mejorada entre prestadores, y sistemas de información mejorados sobre necesidades de atención en salud, actividades, costos y resultados.



Capítulo 5 **Cómo entender
los apalancamientos
para mejorar la calidad**



5.1 INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto complejo y multifacético. Su búsqueda requiere el diseño y el despliegue simultáneo de combinaciones de intervenciones discretas. Entender esta interdependencia es fundamental para diseñar futuros sistemas de salud. Por ejemplo, establecer estándares para la atención es parte de la mejora de calidad, pero, para que los estándares se implementen de manera confiable, se necesitan acciones adicionales, como capacitación y supervisión, monitoreo para el cumplimiento y retroalimentación a los prestadores de atención en salud. El proceso de establecimiento de normas por sí solo, sin estas otras acciones de apoyo e interdependientes, tiene un valor limitado (104, 105).

Este capítulo describe una variedad de apalancamientos para mejorar la calidad de los servicios de salud y discute los fundamentos para desarrollar políticas y estrategias nacionales relacionadas con la calidad. Se examinan los objetivos comunes que abordan la calidad a través de una amplia gama de intervenciones, en todos los niveles del sistema de atención en salud – desde la política y regulación a nivel nacional hasta la prestación directa de atención individual al paciente. Se explican la interdependencia de estos apalancamientos diferentes para el cambio y como evitar un enfoque de vía única. Los apalancamientos también deben personalizarse dentro de los países, ya que las decisiones relacionadas con la salud pueden tomarse a nivel subnacional y comunitario, y también deben ser sensibles a factores contextuales únicos.

5.2 CÓMO IMPULSAR LA MEJORA POR MEDIO DE UNA POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE CALIDAD NACIONAL

El desarrollo, refinación y ejecución de una política y estrategia de calidad nacional es una prioridad creciente en la medida en que los países se esfuerzan para mejorar sistemáticamente el desempeño del sistema de salud. Es probable que una política y estrategia de calidad nacional – aplicando un enfoque basado en la implementación – probablemente sea una de las consideraciones fundamentales de los países mientras trabajan por lograr un mejor acceso a los servicios de salud que produzcan los mejores resultados alcanzables.

Pero ¿por qué se centran los países en impulsar la calidad a través de esfuerzos nacionales? Cada país tiene su propia cultura, necesidades de población y un legado histórico que configura su sistema de atención en salud.

Sin embargo, la mayoría de los países comparten un conjunto de objetivos y una conciencia del contexto estratégico para la atención en salud. Hay seis áreas principales de terreno común:

- creencia de que la atención en salud de alta calidad, segura y centrada en las personas es un bien público que debe garantizarse para todos los ciudadanos;
- aceptación de que un mejor acceso a la atención sin prestar atención a su calidad no conducirá a los resultados en salud deseados para la población;
- reconocimiento de que las estrategias para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud deben cumplir en una situación financiera cada vez más limitada;
- necesidad de alinear el desempeño de la prestación de atención en salud pública y privada en mercados de salud fragmentados y mixtos;
- conciencia de que la atención en salud de calidad es vital para la resiliencia en el contexto político de la seguridad sanitaria nacional y mundial;
- darse cuenta de que la buena gobernanza significa satisfacer la demanda pública de una mayor transparencia sobre los estándares de atención, elecciones de tratamiento, desempeño y resultados variables.

Los países enfrentan el reto de desarrollar o refinar sus políticas y estrategias relacionadas con la calidad por medio del consenso nacional. También deben reconocer que impulsar el cambio hacia una visión futura de un mejor desempeño casi siempre estará limitado por las realidades prácticas de cómo y dónde se brinda actualmente la atención en salud.

Las políticas nacionales sobre la calidad de la atención en salud se desarrollan a través de diversas estructuras gubernamentales. En algunos países, esto implica permitir que la legislación establezca nuevas estructuras administrativas y de gobernanza o cree nuevas formas de acción obligatoria (por ejemplo, registro y licenciamiento de médicos) o formule nuevos mecanismos reguladores (por ejemplo, inspección y acreditación). Esto puede provocar la necesidad de un documento explícito de política nacional de calidad. En otras situaciones, la implementación de una política o estrategia nacional de calidad puede ser simplemente parte del plan quinquenal de rutina del sector de la salud o un documento interno del ministerio de salud. No existe una única forma correcta de hacerlo, pero la mayoría de los enfoques implican uno o más de los siguientes procesos:

- una política de calidad y estrategia de implementación como parte del plan nacional formal a largo plazo del sector salud.
- un documento de política de calidad desarrollado como un documento nacional autónomo, normalmente dentro de un proceso de múltiples partes interesadas, liderado o apoyado por el ministerio de salud;
- una estrategia nacional de calidad – con una agenda de acción detallada – que también incluye una sección sobre áreas esenciales de política;
- habilitar legislación y estatutos regulatorios para apoyar la política y estrategia.

Los recuadros 5.1 y 5.2 proporcionan estudios de casos de países sobre la implementación de política y estrategia de calidad nacional en los sectores de salud de Etiopía y Sudán.



Recuadro 5.1 **Estudio de caso: Etiopía – Estrategia Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2016–2020**

Etiopía es el segundo país más poblado de África, con una población de alrededor de 100 millones. Desde 1995, el sector salud del país ha sufrido una reforma significativa a través de la implementación de una Estrategia de financiamiento de la atención en salud. El Plan de Transformación del Sector Salud identifica cuatro agendas prioritarias de transformación: garantizar la prestación de servicios de salud de calidad de manera equitativa; enfocándose en la transformación a nivel de distrito; fortalecimiento de los sistemas de información en salud; y crear una fuerza laboral de salud compasiva, respetuosa y afectuosa.

La Estrategia Nacional de Calidad de la Atención en Salud de Etiopía se lanzó en marzo de 2016. Para poner en práctica la estrategia, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud ha desarrollado una herramienta de mejora de la calidad para la auditoría clínica de servicios de atención en salud seleccionados de alta prioridad en hospitales. Se ha realizado capacitación a nivel nacional sobre la calidad de la atención y los métodos de auditoría con cuadros seleccionados de atención en salud de todos los hospitales. El sistema de datos de calidad ahora permite la integración de indicadores clave de desempeño con el sistema de información de gestión de salud existente (106).

...

Una serie de prioridades son fundamentales para la implementación de la estrategia, incluido el fortalecimiento del Comité Directivo Nacional de Calidad presidido por el Ministro de Estado; apoyando la formación de unidades de calidad en oficinas regionales de salud e instalaciones de salud; generando capacidades por medio de la capacitación de cuadros y trabajo dedicado de mentores; integrando la mejora de la calidad en el currículo de salud preescolar; fortaleciendo los mecanismos de monitoreo y evaluación; y creando demanda de calidad dentro de la comunidad, con un enfoque en la atención respetuosa. Para poner en práctica la estrategia, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud ha desarrollado una herramienta de mejora de calidad para la auditoría clínica de servicios de atención en salud seleccionados de alta prioridad en hospitales.

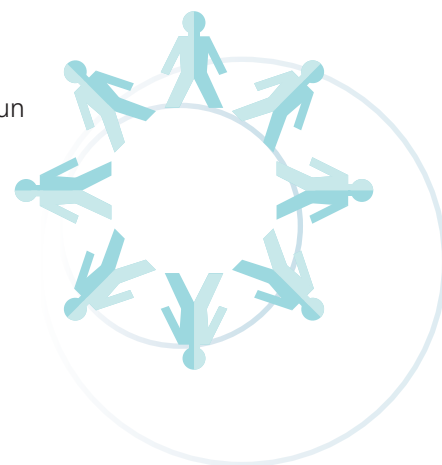
Recuadro 5.2 **Estudio de caso: Sudán – Estrategia y Política Nacional de Calidad de la Atención en Salud**

Sudán tiene un sistema de salud descentralizado, siendo responsable el gobierno federal de la formulación, estrategia y coordinación de políticas nacionales de salud; gobiernos estatales responsables de la planificación e implementación a nivel estatal; y entidades locales relacionadas con la prestación de servicios en el terreno. El principal órgano administrativo es el Consejo de Coordinación del Sector Nacional de Salud multisectorial.

El conocimiento de la calidad de la atención entre el público y los profesionales de la salud es esporádico. Si bien existe investigación sobre la calidad, no existe un mecanismo adecuado para la difusión interorganizacional de los resultados, por lo que la toma de decisiones no siempre es informada por datos y evidencia relevantes. Sin embargo, se están tomando medidas para rectificar estas deficiencias. En línea con el tercer Plan Estratégico Nacional del Sector Salud, en el 2017 se formuló una Política y Estrategia Nacional de Calidad de la Atención en Salud, que se implementará durante 2017-2020. La política aborda cuatro áreas prioritarias principales: el fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas, el cumplimiento de las normas nacionales de calidad, la promoción de un enfoque centrado en las personas y la reducción del daño evitable para los pacientes. Se ha prestado especial atención a la fuerza laboral de salud a través de capacitación acreditada, trayectorias profesionales, normas de personal, recursos humanos para sistemas de gestión de la salud y sistemas de evaluación y auditoría del desempeño para ayudar a desarrollar la capacidad. El establecimiento de una alianza formal con los pacientes y la comunidad ocupa un lugar destacado en la agenda de la Política y Estrategia de Calidad Nacional.

Los próximos pasos incluyen fortalecer los mecanismos de coordinación para el Sistema Nacional de Salud; idear un esquema de retención de recursos humanos; fortalecer el sistema de información gerencial de salud; institucionalizar la calidad a todos los niveles; mejorar la seguridad del paciente y el control de infecciones a nivel estatal; y fortalecer la capacidad de gestión e implementación a todos los niveles.

En su forma más efectiva, una estrategia de calidad actúa como un puente entre la situación actual de un sistema de salud y el nivel de calidad que un país pretende alcanzar. Puede acelerar el logro de objetivos y prioridades de salud, utilizando principios de gestión de calidad que incorporan procesos de planificación, control y mejora (107). Aunque la forma y el contenido de la política y estrategia nacional de cada país variarán, es probable que los siguientes ocho componentes reciban consideración universal:



- **Objetivos y prioridades nacionales en salud.** Esto ayudará a dirigir recursos para satisfacer las demandas más apremiantes de la población. La agenda de calidad se alinea con ellos.
- **Definición local de calidad.** La definición de calidad utilizada debe ser aceptable en el contexto local dentro del país y debe sustentar el enfoque nacional. El uso del idioma local y la comprensión compartida son esenciales.
- **Mapeo y compromiso de partes interesadas.** La calidad es un agregado de los componentes individuales de todo el sistema de salud. La inclusión de las partes interesadas clave en el desarrollo de políticas y estrategias permite abordar una amplia gama de factores que promueven servicios de salud de buena calidad.
- **Análisis situacional: estado de la calidad.** El estado actual de la calidad en cualquier sistema de salud abarca prioridades y problemas relevantes; programas y políticas relacionados; competencias organizacionales y capacidad; liderazgo y gobernanza; y recursos relacionados. La evaluación del estado actual de calidad define las brechas clave que requieren atención y las áreas de los servicios de atención en salud que pueden fortalecerse.
- **Métodos e intervenciones de mejora.** La selección juiciosa de intervenciones interdependientes implementadas en todos los niveles del sistema de atención en salud mejorará los resultados en salud. Esta tarea se complica por recursos limitados, evidencia de impacto, factibilidad y aceptabilidad.
- **Gobernanza y estructura organizacional para la calidad.** La gobernanza, el liderazgo y la capacidad técnica son factores necesarios para mejorar la calidad. Necesitan estar claramente articulados. En un número creciente de países, se ha creado una unidad a nivel nacional, generalmente en el ministerio de salud, que coexiste con otros organismos nacionales de calidad.
- **Sistemas de información gerencial en salud y sistemas de datos.** Mejorar la calidad se basa en datos de desempeño claros y precisos. Es necesario un sistema de información para apoyar los esfuerzos de calidad impulsados a nivel nacional para la medición, la retroalimentación del desempeño y la presentación de reportes.
- **Medidas de calidad.** Un conjunto central de indicadores de calidad es de importancia crítica para juzgar si las actividades están produciendo una calidad de la atención más alta que conduce a un cambio significativo en los resultados en salud; para proporcionar retroalimentación a prestadores y gestión de instalaciones; para promover la transparencia al público; y para la evaluación comparativa para identificar mejores prácticas para el aprendizaje.

El Recuadro 5.3 presenta un estudio de caso sobre la implementación de la estrategia nacional de calidad a través de un Marco de Gestión de Calidad.

Recuadro 5.3 Estudio de caso: México – Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica

México, con alrededor de 120 millones de habitantes, tiene un sistema mixto de salud con prestadores públicos y privados. Pese a las grandes reformas, incluida la introducción de un sistema gratuito de cobertura de salud en 2003, las transiciones demográficas y epidemiológicas – tales como el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles – continúan ejerciendo enormes presiones sobre el sistema de atención en salud.

En enero de 2001 se lanzó una estrategia integral de mejora de la calidad en todo el sistema. Los principales objetivos eran promover la calidad de la atención como un valor central en la cultura de las organizaciones de atención en salud, tanto públicas como privadas, y mejorar la calidad de los servicios en todo el sistema de atención en salud. En 2012 se estableció la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, que se implementaría a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud del Ministerio de Salud. La estrategia tenía como objetivo lograr una mejora de la calidad en las siguientes áreas: seguridad del paciente, innovación y mejora continua, gestión de riesgos, acreditación de centros de atención en salud, regulación de la salud y educación sanitaria.

La implementación de la estrategia está respaldada por un Marco de gestión de calidad que proporciona la estructura administrativa para la mejora de calidad en todos los niveles. El marco apunta a cinco resultados de valor: salud de la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, experiencia satisfactoria de la población con la atención en salud y costos razonables. Se promueve la participación ciudadana y se ha implementado un sistema de monitoreo con indicadores. Los incentivos incluyen un premio nacional de calidad e incentivos financieros a redes de unidades para el desarrollo de proyectos conjuntos específicos de mejora de la calidad.

Fuente: Ministerio de Salud (108), Sarabia-González et al. (109), Ruelas et al.

5.3 INTERVENCIONES EN CALIDAD

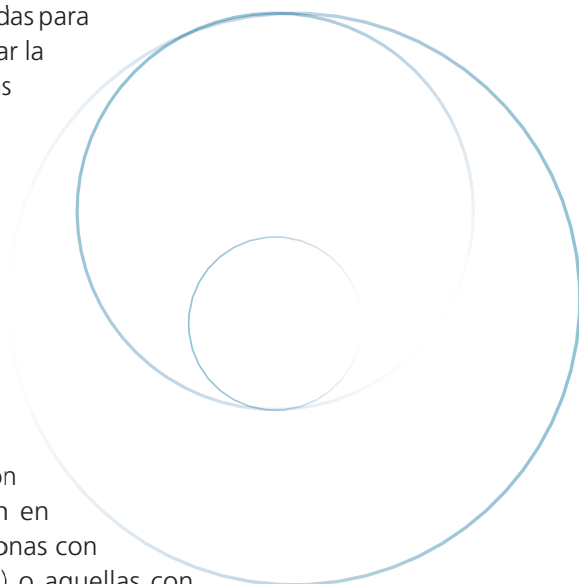
Las intervenciones de calidad pueden tener un impacto significativo en servicios de salud específicos prestados y en el sistema de salud en general. La comprensión de los tipos de intervenciones comúnmente implementadas y el conocimiento de la evidencia con respecto a su uso y efectividad pueden dar cabida a elecciones más informadas sobre cuáles intervenciones seleccionar en los países. La naturaleza de los desafíos de atención en salud en diferentes sistemas de salud en el mundo es bastante similar, a pesar de los diferentes contextos de necesidades de salud de la población, financiamiento y capacidad laboral. Si bien las prioridades pueden diferir – enfermedades transmisibles versus no transmisibles, necesidades de atención del adulto mayor versus el tratamiento de madres y niños – se persiguen los mismos objetivos de calidad en todas partes:

- reducir el daño a los pacientes
- mejorar la eficacia clínica de los servicios de salud prestados
- comprometer y empoderar a los pacientes, las familias y las comunidades.
- desarrollar la capacidad sistémica para actividades de mejora continua de la calidad.
- fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas.

¿Pero dónde deja eso la acción? Acordar una lista de objetivos es más fácil que identificar estrategias para alcanzarlos. En este contexto, se destacan siete categorías de acción. Estas son habitualmente consideradas por las partes interesadas en calidad – prestadores, gerentes, formuladores de política – cuando intentan mejorar el desempeño del sistema de atención en salud. Se consideran en las siguientes subsecciones.

5.3.1 Cambio de práctica clínica en la primera línea

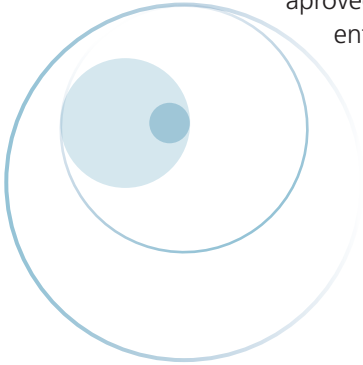
La brecha entre lo que se conoce como atención efectiva (“saber”) y lo que los prestadores realizan habitualmente (“hacer”) ha sido bien documentada en todo el mundo. Cerrar esta brecha de “saber-hacer” requiere cambios multimodales en la práctica clínica en todos los niveles de un sistema de salud, desde el encuentro individual entre el paciente y el trabajador de la salud hasta el rediseño de la prestación de atención en salud. Las habilidades, el conocimiento y las actitudes de los trabajadores de la salud son fundamentales. Las medidas para apoyar a los prestadores de atención en salud para lograr la atención más efectiva incluyen sistemas de soporte a las decisiones clínicas que van desde protocolos escritos hasta ayudas electrónicas. La reducción del daño a los pacientes es un objetivo clave: se estima que de cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, 7 en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán al menos una infección relacionada con la atención en salud (111). Lejos del paciente y prestador individual, se están desarrollando e implementando nuevos modelos de atención para abordar múltiples dimensiones de calidad. Los modelos definen las mejores prácticas actuales para la prestación de atención en salud de manera genérica y también en relación con poblaciones especiales (por ejemplo, personas con enfermedades crónicas o afecciones de salud mental) o aquellas con características comunes (por ejemplo, niños o ancianos). Los nuevos modelos de atención a menudo se basan en la comunidad, extendiéndose mucho más allá de los muros de los hospitales e integran las contribuciones de las organizaciones de atención primaria, especializada y social (104).



5.3.2 Establecimiento de normas

El establecimiento de normas, con protocolos basados en evidencia, puede establecer consistencia en la prestación de atención de alta calidad en diversos sistemas de salud a nivel mundial. Aunque a menudo está dirigido por entidades gubernamentales, el establecimiento de normas es un área de mejora de la calidad en la que los organismos profesionales deben desempeñar un papel importante, ya sea trabajando de forma independiente o en asociación con los gobiernos. Algunos estándares clínicos se centran en una población específica de grupos, otros en enfermedades o protocolos de tratamiento. Por ejemplo, se han desarrollado estándares clínicos globales de atención para mejorar la atención materna y neonatal en las instalaciones (112). La integración de la política clínica y la atención basada en estándares a menudo se logra a través de protocolos de atención al paciente y rutas clínicas. Si bien los estándares clínicos son a menudo un primer paso en las estrategias nacionales de calidad, el desarrollo de estándares sin un enfoque de calidad integral puede no producir los resultados y el progreso esperados.

5.3.3 Comprometer y empoderar pacientes, familias y comunidades



Los sistemas de salud deben ir más allá de los programas de educación en salud para aprovechar al máximo el potencial de la centralidad en las personas como punto de entrada a una atención de más alta calidad. Existe evidencia sólida, en todos los contextos de los países, de que las intervenciones que buscan involucrar y empoderar a los pacientes, cuidadores y familias pueden promover una mejor atención, incluyendo comportamientos más saludables, una mejor experiencia del paciente, una utilización más efectiva de los servicios de salud, costos reducidos y mejores resultados (100). Por ejemplo, involucrar a grupos de mujeres en Nepal para identificar los principales problemas maternos y neonatales y las estrategias de mejora resultaron en un 30% menos de muertes de recién nacidos y una reducción del 80% en la mortalidad materna (113). Brindar información, asesoramiento y apoyo a los pacientes puede ayudarlos a administrar su salud y desarrollar conjuntamente el tratamiento y los planes de mantenimiento de la salud. Los mecanismos sistemáticos y sostenidos de relacionamiento comunitario también pueden apoyar programas para mejorar la calidad de la atención. La necesidad de asegurar o generar confianza en las comunidades también es una prioridad. Sin ella, habrá una barrera fundamental en la voluntad de acceder a la atención en salud, incluso cuando sea necesario.

5.3.4 Información y educación para trabajadores de la salud, gerentes y formuladores de políticas

Para ser efectivos, los sistemas de información para la mejora de calidad deben satisfacer las necesidades de los cuidadores, administradores de instalaciones, líderes de sistemas de salud, formuladores de políticas y reguladores. Esto requiere información específica y métodos educativos para cada audiencia respectiva. Los trabajadores de la salud necesitan información comparativa sobre su propio desempeño, especialmente comparados con las mejores prácticas. Los líderes, gerentes, formuladores de políticas, reguladores y financiadores también necesitan información comparativa. El formato y el enfoque variarán de acuerdo con el área de calidad que se revisa, ya sea un servicio (por ejemplo, atención de maternidad), una enfermedad (por ejemplo, la atención de personas con diabetes), un grupo dentro de la población (por ejemplo, adultos mayores), o una intervención (por ejemplo, la adopción de la vacunación contra el sarampión). Uno de los compromisos necesarios de los líderes es garantizar que se mantenga un nivel adecuado de inversión en sistemas de información. Sin embargo, los avances en accesibilidad y utilidad de la información no necesitan depender de soluciones de alta tecnología; por ejemplo, el soporte a las decisiones clínicas puede ser en forma de indicaciones informáticas o tan simple como formularios en papel con casillas para marcar los procesos básicos relacionados con el cuidado infantil efectivo.

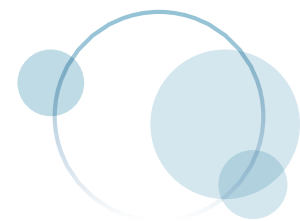
5.3.5 Uso de programas y métodos de mejora continua de calidad

La mejora de calidad no es un concepto estático, sino más bien una propiedad dinámica del sistema que emerge continuamente. Se utilizan muchos métodos diferentes para asegurar y mejorar continuamente la calidad de la atención en salud, incluidos los mecanismos generales de gobernanza clínica; revisión por pares y auditoría clínica; retroalimentación individual; supervisión y capacitación; herramientas de soporte a las decisiones clínicas basadas en guías; y cooperativas de aprendizaje multidisciplinar. Un principio básico que subyace la mejora continua de calidad son los mecanismos de aprendizaje activados que utilizan ciclos iterativos de cambio. Además, evitar “culpar y avergonzar” es fundamental para evitar el riesgo de promover el miedo y la resistencia en lugar de el compromiso entusiasta en una búsqueda compartida de desempeño mejorado. No existe un método efectivo único.

Se deben utilizar múltiples intervenciones en combinación y con una comprensión del contexto específico. El papel de la cultura institucional se convierte en una consideración crítica al decidir la combinación específica de métodos de mejora de la calidad basados en la capacidad y las competencias que existen.

5.3.6 Establecimiento de incentivos basados en desempeño (financieros y no financieros)

Los incentivos pueden ser financieros, tales como pagos, o no financieros, como reconocimiento y premios. El financiamiento basado en el desempeño es un término amplio para el pago de los prestadores de salud basado en un conjunto de medidas de desempeño y se utiliza cada vez más como una palanca de calidad. Los modelos incluyen compras basadas en valor; sanciones por readmisión; retención de pago por errores médicos; y programas de desempeño enfocados en fortalecer la atención primaria. La cuantía de contingencia que depende del desempeño suele ser un subcomponente del pago total, que puede basarse en una gama de modalidades de financiamiento. La evidencia sigue siendo confusa sobre la habilidad de los programas de pago por desempeño para cambiar los resultados de salud por sí mismos. Sin embargo, los incentivos – enfoques financieros como enfoques no financieros cada vez más reconocidos – pueden cumplir una importante función motivadora y de mantenimiento cuando se usan como parte de un programa robusto de mejora de calidad. Al mismo tiempo, se requiere atención para evitar desincentivos a la calidad (como los sistemas de pago que fomentan el uso excesivo de medicamentos).



5.3.7 Legislación y regulación

Los gobiernos utilizan tanto la legislación como la regulación para lograr los objetivos nacionales de salud. La legislación dirigida a mejorar la calidad de los servicios de salud puede abordar una amplia gama de problemas, como la cobertura y los beneficios; establecimiento de nuevos organismos nacionales (o empoderamiento de los actuales); reforma de pago; licenciamiento de instalaciones y proveedores individuales; y reportes de desempeño públicos. La regulación es la gama de factores fuera de la práctica clínica o la gestión de la atención en salud que influye en el comportamiento al prestar o utilizar servicios de salud (114). La regulación generalmente apunta a las actividades de prestadores institucionales e individuales; organizaciones de seguros de salud; fabricantes farmacéuticos y de dispositivos; y consumidores o pacientes. Varias intervenciones regulatorias a menudo no logran los objetivos previstos, en parte porque las agencias responsables carecen de la capacidad para hacerlas cumplir. La regulación de la actividad del sector privado es cada vez más importante, dada la gran proporción del total de los servicios que presta.

El recuadro 5.4 ofrece un estudio de caso que ilustra el uso de la legislación y la regulación para apoyar los objetivos de calidad de la atención en salud en Ontario, Canadá.

5.4 CONSIDERACIÓN Y SELECCIÓN DE INTERVENCIONES DE CALIDAD

Si bien las siete categorías de acción proporcionan un mapa amplio del terreno de mejora del desempeño, existe una necesidad adicional de especificar intervenciones clave de calidad. La selección de la intervención “correcta” rara vez es posible. Ninguna intervención individual satisfará todas las necesidades. Incluso las intervenciones que no son controvertidas, como los protocolos para la higiene de manos, son ineficaces si no se implementan teniendo en cuenta la cultura organizacional y las actitudes y motivaciones del personal. La vinculación con los objetivos nacionales – diseñados para resistir cambios políticos – es fundamental para la sostenibilidad a largo plazo.

Recuadro 5.4 Estudio de caso: Ontario, Canadá – Ley y Estrategia de Atención Excelente para Todos

Con su gran masa de tierra y su población heterogénea de más de 13,5 millones, incluidas las Primeras Naciones, la provisión de acceso equitativo a la atención de alta calidad es un desafío en Ontario. Como con todas las provincias canadienses, Ontario tiene un sistema de salud de pagador único; alrededor de dos tercios del gasto en atención en salud se financia con fondos públicos, mientras que un tercio lo pagan directamente los pacientes o los planes de seguro privados.

Varios estudios han encontrado que la relación entre calidad y financiamiento es generalmente débil en Ontario, y un objetivo principal de las reformas actuales del sistema de salud es mejorar ese vínculo. La Ley de Atención Excelente para Todos fue creada en 2010, siendo la Estrategia de Atención Excelente para Todos formando el vehículo para la implementación.

La ley exige comités de calidad de la junta en las organizaciones del sector salud y requiere encuestas de satisfacción para pacientes, familias y empleados. Además, las organizaciones de atención en salud deben desarrollar y presentar públicamente una declaración de valores del paciente y un plan de mejora de la calidad. La Ley de Atención Excelente para Todos también creó una agencia de calidad provincial ampliada, Health Quality Ontario, con el mandato de llevar a cabo el monitoreo del desempeño del sistema de salud y la presentación de reportes públicos, apoyar la mejora de la calidad y promover la provisión de atención en salud de la mejor calidad. A nivel organizacional, las regulaciones gobiernan la garantía de calidad y seguridad en hospitales, hogares de asistencia para ancianos, laboratorios y otros entornos de atención en salud, y se han establecido colegios reguladores de salud para garantizar que los profesionales de la salud brinden servicios de manera segura, responsable y ética.

Mientras que el 65% de los habitantes de Ontario califica su estado de salud como excelente o muy bueno, este promedio oculta variaciones geográficas y demográficas significativas; por ejemplo, el quintil más pobre tiene el doble de probabilidades de reportar tener múltiples enfermedades crónicas que el quintil más rico. En respuesta, un enfoque continuo en el liderazgo, la rendición de cuentas y la alineación de incentivos y objetivos de mejora continuarán siendo los pilares de la estrategia de Ontario para un sistema de atención en salud de mayor calidad.

Fuente: ICES (115), Ministerio de Salud y Atención a Largo Plazo (116).

Cualquier ambición de mejorar la calidad requerirá un enfoque multimodal, utilizando una combinación de intervenciones. Algunos enfoques, como la acreditación de las instalaciones, pueden no tener un impacto directo en los resultados en salud, pero pueden ser importantes para generar confianza pública y promover una cultura de calidad dentro del sistema de atención en salud. Los programas que se centran solo en el comportamiento del prestador no reconocen que el entorno más amplio de la atención en salud es fundamental para facilitar u obstaculizar las mejores prácticas. Por ejemplo, la prescripción apropiada de antibióticos a menudo depende de un médico cuyo comportamiento puede verse influido por las guías de práctica, retroalimentación sobre desempeño, revisión por pares, capacitación y supervisión, incentivos financieros, disponibilidad de una variedad suficiente de antibióticos y expectativas del paciente. La complejidad del cambio se hace evidente.

Las intervenciones ilustrativas en la Tabla 5.1 se han identificado para los siguientes atributos: relevantes en una amplia variedad de países a nivel mundial; comúnmente

consideradas como opciones; tener alguna evidencia para guiar la selección y el uso; e implementable en múltiples niveles, desde pequeñas clínicas de atención primaria hasta el nivel de un programa nacional.

Tabla 5.1 Intervenciones de calidad ilustrativas

Categoría	Intervenciones
Entorno del sistema	• Registro y licenciamiento de los médicos y otros profesionales de la salud, así como las organizaciones de salud, a menudo se considera un determinante clave y la base de un sistema de salud con buen desempeño. • Evaluación externa y acreditación es el reconocimiento público, por parte de un organismo externo (sector público, sin fines de lucro o con fines de lucro), del nivel de desempeño de una organización a través de un conjunto central de estándares previamente especificados.. • Gobernanza clínica es un concepto utilizado para mejorar la gestión, la rendición de cuentas y la prestación de atención en salud de calidad. Incorpora auditoría clínica; gestión de riesgos clínicos; participación del paciente o usuario del servicio; educación y desarrollo profesional; investigación y desarrollo de efectividad clínica; uso de sistemas de información; y comités institucionales de gobernanza clínica. • Reportes públicos y benchmarking comparativo es una estrategia que a menudo se usa para aumentar la transparencia y la rendición de cuentas sobre temas de calidad y costo en el sistema de atención en salud al proporcionar a los consumidores, pagadores, organizaciones y prestadores de atención en salud información comparativa sobre el desempeño. • El financiamiento y contratación basados en el desempeño es un término amplio para el pago de los prestadores de salud basado en un conjunto de medidas de desempeño y se utiliza cada vez más como una palanca de calidad. La cantidad que depende del desempeño suele ser un subcomponente del pago total, que puede basarse en una gama de modalidades de financiamiento. • Capacitación y supervisión de la fuerza laboral se encuentran entre las intervenciones más comunes para mejorar la calidad de la atención en salud en los países con ingresos bajos y medios. • Regulación de medicamentos poder garantizar medicamentos, vacunas y dispositivos médicos de calidad asegurada y efectivos es fundamental para un sistema de salud funcional. La regulación, incluyendo la vigilancia posterior a la comercialización, es necesaria para eliminar los medicamentos deficientes y falsificados de acuerdo con las normas y estándares internacionales.
Reducir el daño	• Inspección de instituciones para normas mínimas de seguridad puede usarse como un mecanismo para garantizar que haya una línea de base de capacidad y recursos para mantener un entorno clínico seguro. • Protocolos de seguridad, tales como los de higiene de manos, abordan muchos riesgos evitables que amenazan el bienestar de los pacientes y causan sufrimiento y daños. • Listas de verificación de seguridad, como la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica y la Lista de Verificación de Atención de Trauma, pueden tener un impacto positivo en la reducción de las complicaciones clínicas y la mortalidad. • Los reportes de eventos adversos documentan un evento médico no deseado en un paciente como resultado de servicios de salud específicos o durante encuentros médicos del paciente en un entorno de atención médica y debe estar vinculado a un sistema de aprendizaje.

...

Categoría	Intervenciones
Mejora en la atención clínica.	• Las herramientas de soporte a las decisiones clínicas proporcionan conocimiento e información específica del paciente (automatizada o en papel) en los momentos apropiados para mejorar la prestación de atención en salud en la primera línea. • Estándares, rutas y protocolos clínicos son herramientas utilizadas para guiar la atención en salud basada en evidencia que se han implementado internacionalmente durante décadas. Las rutas clínicas se utilizan cada vez más para mejorar la atención de diversas enfermedades de alto volumen. • Auditoría clínica y retroalimentación es una estrategia para mejorar la atención al paciente mediante el seguimiento del cumplimiento de las normas y guías explícitas junto con la provisión de retroalimentación accionable sobre la práctica clínica. • Revisiones de morbilidad y mortalidad proporcionan un mecanismo de aprendizaje colaborativo y un proceso de revisión transparente para que los médicos examinen su práctica e identifiquen áreas de mejora, como los resultados de los pacientes y los eventos adversos, sin temor a la culpa. • Ciclos de mejora colaborativos y en equipo son un método formal para que hospitales o clínicas trabajen juntos en la mejora en torno a un área temática enfocada durante un período de tiempo fijo con mecanismos de aprendizaje compartido.
Participation et responsabilisation des patients, des familles et des communautés locales	• Relacionamiento y empoderamiento comunitario formalizado se refiere a la contribución activa e intencional de los miembros de la comunidad a la salud de la población de una comunidad y al desempeño del sistema de prestación de servicios de salud, y puede funcionar como un mecanismo adicional de rendición de cuentas. • Educación en salud es la capacidad de obtener y comprender la información básica de salud requerida para tomar decisiones de salud apropiadas por parte de pacientes, familias y comunidades más amplias (65). • Toma de decisiones compartida a menudo se emplea para adaptar más adecuadamente la atención a las necesidades y preferencias del paciente, con el objetivo de mejorar la adherencia del paciente y minimizar la atención futura innecesaria. • Apoyo de pares y grupos de pacientes expertos vinculan a las personas que viven con condiciones clínicas similares para compartir conocimientos y experiencias. Crea el apoyo emocional, social y práctico para mejorar la atención clínica. • La experiencia de cuidado del paciente ha recibido una atención significativa como base para diseñar mejoras en la atención clínica. Las medidas informadas por los pacientes son importantes en sí mismas; los pacientes que tienen una mejor experiencia están más comprometidos con su atención, lo que puede contribuir a mejores resultados. • Herramientas de autogestión del paciente son tecnologías y técnicas utilizadas por pacientes y familias para manejar problemas de salud fuera de las instituciones médicas formales y se consideran cada vez más como un medio para mejorar la atención clínica.

El contexto dentro del cual se aplican estas intervenciones es fundamental para mantener la credibilidad de los esfuerzos de mejora de calidad. Por ejemplo, el desarrollo de una estrategia de intervención de calidad multimodal para una instalación de salud sin un suministro adecuado de agua proporciona una verificación inmediata de la realidad para los entusiastas de la calidad: los datos sobre agua, saneamiento e higiene de las instalaciones de salud en todo el mundo proporcionan un contexto claro para la acción sobre las estructuras necesarias para la calidad.

La lista presentada no es exhaustiva; se podrían incluir otras intervenciones. Este conjunto de intervenciones han sido seleccionadas por su impacto potencial sobre la calidad reduciendo el daño, mejorando la prestación de primera línea de servicios de atención en salud, y construir capacidad por todo el sistema para la mejora de calidad. Las intervenciones ilustrativas no se clasifican por efectividad, pero apuntan a algunas de las opciones y posibilidades disponibles a los líderes, administradores, profesionales del ramo o formuladores de política del sistema de salud decididos a avanzar la calidad de la atención. Las intervenciones se presentan de la manera más simple posible, destacando los problemas más notables. Sin embargo, ninguno es sencillo de implementar. Las múltiples intervenciones agrupadas bajo el entorno del sistema tocan varias de las siete categorías mencionadas anteriormente.

5.5 CONCLUSIÓN

Mejorar el desempeño del sistema de salud requiere elecciones y juicios durante la promulgación de políticas, la priorización de los objetivos nacionales de calidad, el compromiso de las partes interesadas clave y la selección de intervenciones relacionadas con la calidad. La infraestructura, el contexto, la cultura y las tradiciones de la atención en salud en un país y una localidad son fundamentales para decidir cuáles apalancamientos aplicar.

Una estrategia de calidad nacional exitosa es multifacética y utiliza muchas intervenciones coordinadas (Tabla 5.2), desde aquellas que sitúan al paciente en el centro del proceso de atención, hasta aquellas que apoyan a los trabajadores de la salud para establecer estándares y trabajar eficazmente en equipos. Los líderes, gerentes y formuladores de políticas desempeñan un papel fundamental en los entornos de apoyo y habilitación en los que pueden florecer el establecimiento de normas, incentivos basados en el desempeño, la regulación y otras intervenciones.

L'un des obstacles les plus graves à l'amélioration des soins est le refus de reconnaître les problèmes existants (117–119). Un autre est la difficulté de sélectionner des mesures efficaces et d'en assurer la mise en œuvre de manière compétente. On invoque très fréquemment le rôle du leadership à cet égard mais il est vrai qu'en l'absence de celui-ci, il sera difficile d'insuffler la conviction que l'amélioration de la qualité des soins de santé est possible et, ainsi, de catalyser l'action collective. Montrer que tel ou tel type d'intervention donne les résultats escomptés sera aussi un important facteur de succès : c'est pourquoi il est indispensable de recueillir des données et de fournir un retour d'information aux acteurs concernés. Il pourra arriver cependant que les équipes locales ne disposent pas de l'expérience requise pour collecter et interpréter les données – ou bien ont du mal à le faire avec des systèmes de collecte des données mal conçus pour évaluer la qualité (120). Des mesures indument lourdes à appliquer pourront être perçues comme une perte de temps, tandis que des mesures mal choisies pourront entraîner certaines manipulations ou donner lieu à des incitations perverses. L'aspect du contrôle de la qualité devra être maîtrisé dès le début, ce qui exige que les critères d'amélioration de la qualité soient effectivement pris en compte dans les systèmes de mesure et que ces derniers soient assurés d'un niveau de ressources adéquat (121, 122).

Tabla 5.2 **intervenciones relacionadas con calidad: comprometiendo a los actores clave**

Actores	Roles
Gobierno	• Definición de prioridades nacionales y objetivos de calidad • Provisión de infraestructura de calidad esencial, por ejemplo, tecnología de la información, servicios públicos • Mejoramiento de la regulación. • Reporte de datos para transparencia y motivación • Inspección y licenciamiento de prestadores de atención
Instituciones de atención en salud	• Gobernanza clínica • Establecimiento de protocolos de atención y rutas clínicas • Soporte a las decisiones clínicas • Uso de protocolos de seguridad • Mecanismos de aprendizaje interinstitucional
Prestadores clínicos	• Estándares clínicos y rutas del paciente • Monitoreo de la adherencia a estándares de atención • Revisión por pares y auditoría clínica • Toma de decisiones compartida
Pacientes y público	• Relacionamiento con pacientes, familia y la comunidad • Educación del paciente y autogestión • Participación en gobernanza • Retroalimentación del paciente sobre la experiencia de la atención

El desarrollo de políticas y estrategias nacionales de calidad es una prioridad para que la mejora sea una parte integral de la forma en que opera el sistema de atención en salud. Se requieren esfuerzos impulsados a nivel nacional para desarrollar e implementar un enfoque coherente de la calidad que utilice múltiples apalancamientos para asegurar el cambio positivo que reclaman las poblaciones de todo el mundo.

El Recuadro 5.5 describe las acciones clave que se pueden tomar para garantizar que los apalancamientos para mejorar la calidad se utilicen por completo.

Recuadro 5.5 **Acciones clave: cómo entender los apalancamientos para mejorar la calidad**

Para garantizar que se utilicen múltiples apalancamientos para mejorar la calidad de la atención en salud, los gobiernos, los encargados de formular políticas, los líderes del sistema de salud, los pacientes y los médicos deben trabajar juntos para:

1. Desarrollar, refinar y ejecutar una política y estrategia nacional de calidad mediante:

- adoptar una definición de calidad que sea aplicable en el contexto local;
- realizar un análisis situacional del estado actual de calidad;
- involucrar a la gama de partes interesadas clave en su formulación;
- identificar (o crear) estructuras organizacionales que puedan proporcionar gobernanza, liderazgo y capacidad técnica en calidad;
- asegurar que la calidad se integre en todas las funciones del ministerio de salud.

...

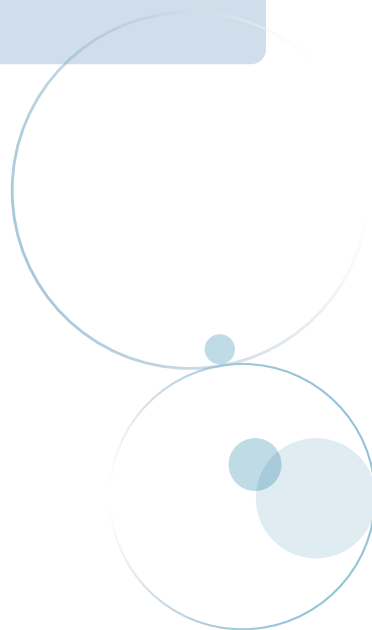
2. Adoptar y promover objetivos universales de calidad, mediante:

- establecer objetivos realistas y medibles para reducir el daño y mejorar la atención;
- trabajar con organismos profesionales para establecer áreas de atención para mejorar la efectividad clínica;
- comprometer y empoderar a pacientes, familias y comunidades;
- crear capacidad sistémica para actividades de mejora de calidad permanentes;
- establecer y activar sistemas de aprendizaje para la mejora continua.

3. Diseñar una estrategia de calidad que incluya un conjunto de medidas específicas:

- examinar cuidadosamente las intervenciones de mejora de la calidad basadas en la evidencia en relación con el entorno de los sistemas, reduciendo daños, mejoramiento en atención clínica, y relacionamiento y empoderamiento comunitario.

4. Monitorear e informar los resultados de calidad de la atención para esfuerzos de mejora continua.



Lo que calidad significa para mí

Dr. M. R. Rajagopal, especialista en atención paliativa
Trivandrum, India

Los hospitales de hoy no son lugar para los moribundos. Tanto cultural como clínicamente son en general inadecuados para proporcionar atención de final de la vida, de acuerdo con el Dr. M. R. Rajagopal, el “padre” de la atención paliativa en India.

El ex consultor anestesiólogo ha pasado más de 20 años desarrollando atención para los moribundos en el pequeño, verde y fértil estado de Kerala, en el suroeste del país. Hoy, con el 3% de la población de India, Kerala tiene dos tercios de los servicios de atención paliativa del país.

Su interés se desarrolló cuando trabajaba como anestesiólogo en el Colegio Médico Calicut en el norte de Kerala a principios de la década de 1990. Él reconoció desde el principio que combatir el dolor y apoyar a los moribundos no podía lograrse solo con personal médico. La necesidad era demasiado grande. Dependería de aprovechar el compromiso de los voluntarios.

“El dolor es solo la parte visible del iceberg del sufrimiento. Lo que se ignora es la parte debajo de la superficie: sentimientos de pérdida de esperanza y desesperación, preocupaciones por los niños, por el dinero. De eso se trata la atención paliativa”.

El movimiento creció y hoy él estima que hay 300 grupos voluntarios en todo el estado (no hay cifras oficiales), que brindan atención a los pacientes en sus propios hogares, identifican a los necesitados y ayudan a dirigir los recursos médicos limitados a donde puedan hacer el mayor bien. El “modelo Kerala” ahora atrae la atención de todo el mundo.

Después de mudarse a Trivandrum en el sur, en 2006 fundó Pallium India, que apoya a 11 grupos voluntarios y cinco equipos médicos móviles que brindan atención paliativa en el área, así como una campaña para mejorar la atención paliativa en toda la India. Ahora, con 69 años, todavía visita pacientes en casa y les enseña a colegas más jóvenes cómo abordarlos.

“Si uso una corbata, me sostengo con rigidez muscular y hablo solo de dolor, no descubriré mucho. Con un enfoque diferente y más delicado, poniendo una mano sobre el brazo del paciente, hablarán de problemas más profundos”.

Él advierte sobre la importancia del lenguaje. “Uno puede hacer daño con la dosis incorrecta de un medicamento, e igualmente con una palabra incorrecta”.

A medida que el diagnóstico y el tratamiento se han vuelto cada vez más dependientes de la tecnología, se ha perdido algo, dice. El crecimiento de la industria comercial de



la atención en salud, impulsada por las ganancias, ha agravado la sensación de alienación. El resultado es que la enfermedad se ha vuelto más importante que la persona que la padece. La mayoría de los médicos creen que tienen el deber de prolongar la vida, en lugar de aliviar la muerte. La cura ha llegado a importar más que la atención.

“El paciente se ha vuelto algo como un extraño entre las máquinas. El sistema de atención en salud parece haber olvidado que la salud no es solo la ausencia de enfermedades sino la presencia de bienestar físico, mental y social.”

Él argumenta que cada hospital debe integrar la atención paliativa con su trabajo centrado en la enfermedad. La mayoría de las personas, si se les ofreciera la elección y la atención adecuada, elegirían morir en casa, rodeadas de sus seres queridos. Pero algunos se sienten más seguros en un entorno hospitalario, con su médico familiar al alcance de la mano. Debería ser una elección personal, dice.

Tener acceso al alivio del dolor es vital para esa elección, pero la morfina no es fácil de obtener. Las cifras muestran que India usa 320 kilogramos de morfina al año, solo el 1 % de la cantidad requerida para satisfacer la necesidad.

No es el costo lo que restringe el acceso, sino la ley. La morfina ha estado altamente restringida en India desde 1985 debido a los temores sobre el abuso de drogas. Como resultado, dos generaciones de médicos han crecido sin estar familiarizados con ésta, condenando a millones de enfermos terminales a una muerte innecesariamente dolorosa.

Aquí, también, Kerala ha liderado el camino. Desde 1995, los centros de atención paliativa en Kerala tienen permitido administrar morfina por vía oral. La institución del Dr. Raj es ahora un Centro Colaborador para Capacitación y Política sobre Acceso al Alivio del Dolor de la OMS y es anfitriona de un flujo constante de visitantes internacionales.

“La atención en salud debe ser una alianza entre el médico, el paciente y la familia. Los médicos no deben trabajar solos, sino con enfermeras y asesores, voluntarios de la comunidad y trabajadores sociales. Mi deber es construir una relación con mis pacientes y sus familias y cuidarlos como seres humanos. La vida no es solo existencia, hay más que eso”.

Imagen en página anterior: © LPETTET/iStock



Capítulo 6

El llamado a la acción en calidad



6.1 DESARROLLO SOSTENIBLE, CALIDAD Y EL CAMINO A SEGUIR

Los ODS relacionados con la salud no pueden lograrse confiando solo en logros específicos respecto de enfermedades o reformas financieras. Requiere un fuerte compromiso con la creación de servicios de salud de alta calidad centrados en las personas. Lograr una cobertura sanitaria universal construida sobre una base firme de atención segura y de alta calidad, junto con todo lo que es necesario para mantenerla, es el imperativo que enfrentan los formuladores de políticas en la actualidad.

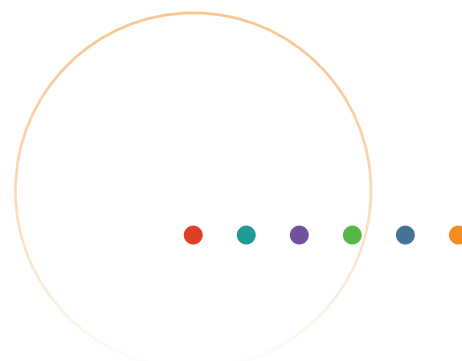
La mayoría de los esfuerzos anteriores de mejora de calidad se han basado en metodologías basadas en proyectos. Se han mostrado poco prometedoras para el escalamiento y sostenibilidad. Se necesita más atención en las bases de los servicios de salud de alta calidad en todo el continuo de atención. Ofrecer servicios de salud de alta calidad también significa vincular las reformas financieras y la reorientación del modelo de prestación con los objetivos de calidad de la atención. Finalmente, construyendo sobre bases sólidas, los sistemas de salud que ofrecen mejoras sostenibles en la calidad deben utilizar políticas nacionales de calidad y herramientas estratégicas para crear un ambiente donde los campeones locales, regionales y nacionales puedan extender y expandir lo que funciona para mejorar los servicios. En dicho entorno, los gobiernos y los prestadores tomarán decisiones apropiadas a nivel local sobre las intervenciones de mejora de la calidad que podrían tener el mayor impacto en la mejora del entorno del sistema, en la reducción de daños, en la mejora de la atención clínica y en la participación y el empoderamiento de pacientes, familias y comunidades.

El avance en la mejora de calidad, la cobertura sanitaria universal y los enfoques centrados en las personas dentro de la complejidad de los sistemas de salud requieren un pensamiento sistémico: una comprensión deliberada e integral de la dinámica de los sistemas de salud para hacerlos cambiar para mejorar. Al decodificar la complejidad del sistema de salud, el pensamiento sistémico ayuda a fomentar la implementación y evaluación de todo el sistema de aquellas intervenciones que son necesarias para apoyar el logro de los objetivos de salud, de manera equitativa, sostenible y efectiva.

6.2 LLAMADO A LA ACCIÓN

Este documento, desde la perspectiva de tres instituciones globales interesadas en la salud – OCDE, el Banco Mundial y la OMS – propone un camino a seguir para los formuladores de políticas de salud buscando alcanzar el objetivo de acceso a servicios de salud de alta calidad centrados en las personas para todos. En este capítulo, se reclaman acciones de alto nivel de cada uno de los grupos clave que deben trabajar juntos con un sentido de urgencia para permitir la promesa de los ODS para que se logre atención en salud mejor y más segura (Recuadro 6.1).

Aunque un único actor no podrá efectuar todos estos cambios, un enfoque integrado por el cual diferentes actores trabajen juntos para lograr su parte del llamado a la acción en calidad tendrá un efecto demostrable en la calidad de los servicios de atención en salud alrededor del mundo.



Recuadro 6.1 Acciones de alto nivel por parte de grupos clave para la calidad en la atención en salud

Todos los gobiernos deben:

- tener una política y estrategia de calidad nacional;
- demostrar responsabilidad en prestar un servicio seguro de alta calidad;
- garantizar que las reformas impulsadas por el objetivo de cobertura sanitaria universal incorporan la calidad en las bases de sus sistemas de atención;
- garantizar que los sistemas de salud tengan una infraestructura de información y tecnología de información capaz de medir y reportar la calidad de la atención;
- cerrar la brecha entre el desempeño real y el alcanzable en calidad;
- fortalecer las alianzas entre los prestadores de salud y usuarios de salud que impulsan la calidad de la atención;
- establecer y sostener una fuerza de trabajo de profesionales de salud con la capacidad y competencia para atender las exigencias y necesidades de la población para atención de alta calidad;
- comprar, financiar y comisionar basados en el principio de valor;
- financiar la investigación en mejoramiento de calidad.

Todos los sistemas de salud deben:

- implementar intervenciones basadas en evidencia que demuestran mejora;
- hacer benchmarking frente a sistemas similares que están prestando el mejor desempeño;
- garantizar que todas las personas con enfermedades crónicas sean habilitadas para minimizar su impacto sobre la calidad de sus vidas;
- promover los sistemas culturales y prácticas que reduzcan el daño a los pacientes;
- formar resiliencia para permitir la prevención, detección y respuesta a las amenazas a la seguridad de la salud por medio de atención focalizada en la calidad;
- establecer la infraestructura para el aprendizaje;
- prestar asistencia técnica y gestión del conocimiento para la mejora.

Todos los ciudadanos y pacientes deben:

- estar empoderados para participar activamente en la atención para optimizar su estado de salud;
- jugar un papel preponderante en el diseño de nuevos modelos de atención para satisfacer las necesidades de la comunidad local;
- ser informados que tienen el derecho al acceso a atención que cumple estándares modernos de calidad;
- recibir apoyo, información y habilidades para manejar sus propias condiciones de largo plazo.

Todos los trabajadores de la salud deben:

- participar en mediciones y mejoras de calidad con sus pacientes;
- adoptar una filosofía de práctica de trabajo en equipo;
- ver a los pacientes como aliados en la prestación de atención;
- comprometerse a suministrar y utilizar datos para demostrar la efectividad y seguridad de la atención.



Referencias

1. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet*. 2018. doi:10.1016/S0140-6736(17)33326-3 [Epub antes de impresión].
2. Panorama de la salud 2017: Indicadores de la OCDE, OECD Publishing, París, Organisation for Economic Cooperation and Development; 2018 (<https://doi.org/10.1787/9789264306035-es>, visualizado 24 febrero 2018).
3. Tackling wasteful spending on health. París: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>, visualizado 24 febrero 2018).
4. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005;366:1246–7.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesy J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(26):2635–45.
6. Runciman WB, Hunt TD, Hannaford NA, Hibbert PD, Westbrook JI, Coiera EW et al. CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia. *Medical Journal of Australia*. 2012;197(2):100–5. doi:10.5694/mja12.10510.
7. Panorama de la Salud 2015: Indicadores de la OCDE, OECD Publishing, París/ Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Ciudad de México; 2017 (<https://doi.org/10.1787/9789264270626-es>, visualizado 24 febrero 2018).
8. Notas descriptivas de la OMS sobre la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/resistencia-a-los-antimicrobianos>, visualizado 24 febrero 2018).
9. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change. IMS Institute for Health Care Informatics; 2013 (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2222541, visualizado 24 febrero 2018).
10. World health statistics 2016: monitoring health for the Sustainable Development Goals. Ginebra: World Health Organization; 2016 (http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf, visualizado 24 febrero 2018).
11. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587–603. doi:10.1016/S0140-6736(15)00837-5.
12. Agua, saneamiento e higiene. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/water_sanitation_health/es/, visualizado 24 febrero 2018).
13. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. World Health Organization and World Bank; 2015 (http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/, visualizado 24 febrero 2018).

Referencias

14. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Paper No. 96. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en>, visualizado 24 Febrero 2018).
15. Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality. París: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>, visualizado 24 Febrero 2018).
16. Speakers and moderators at the Policy Forum on the Future of Health: statement by Donald M. Berwick. París: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/health/ministerial/policy-forum/speakers.htm>, visualizado 24 febrero 2018).
17. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care. 2006;Suppl 1:5–13.
18. Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. París: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>, visualizado 24 febrero 2018).
19. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: a systematic review. BMJ Open. 2017;7(11).
20. Citizen Voice and Action: civic demand for better health and education services. World Vision International; 2012 (<https://www.wvi.org/local-advocacy/publication/citizen-voice-and-action-project-model>, visualizado 24 Febrero 2018).
21. OECD reviews of health systems: Costa Rica 2017. Paris: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; 2017.
22. Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity. Ginebra: World Health Organization; 2015.
23. Leslie HH, Ndiaye Y, Kruk ME. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. BMJ Global Health. 2017;e000424.
24. Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. Lancet Global Health. 2016;4(11):e845–55.
25. Leslie HH, Fink G, Nsona H, Kruk ME. Obstetric facility quality and newborn mortality in Malawi: a cross-sectional study. PLoS Medicine. 2016;13(10):e1002151.
26. Ng M, Misra A, Diwan V, Agnani M, Levin-Rector A, De Costa A. An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India. Global Health Action. 2014;7(1):24939.
27. Velenyi EV. Health care spending and economic growth. En: World scientific handbook of global health economics and public policy. 2016:1–154.
28. Stenberg K, Hanssen O, Tan-Torres Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. Lancet Global Health. 2017;5(9):e875–87.

29. Abegunde D. Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children. World health report 2010: Background Paper No. 52. Geneva: World Health Organization (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en, visualizado 25 febrero 2018).
30. Ministerial statement: the next generation of health reforms. OECD Health Ministerial Meeting, 17 January 2017. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>, visualizado 27 febrero 2018).
31. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance, volume I. Washington (DC): National Academies Press; 1990 (<https://doi.org/10.17226/1547>, visualizado 25 febrero 2018).
32. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 (<https://doi.org/10.17226/10027>, visualizado 25 febrero 2018).
33. Maternal, newborn, child and adolescent health: what is quality of care and why is it important? Ginebra: World Health Organization (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/, visualizado 25 febrero 2018).
34. Datos y estadísticas de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/gho/es>, visualizado 26 Febrero 2018).
35. Data for measuring health care quality and outcomes: OECD Health Care Quality Indicators Project. París: Organisation for Economic Cooperation and Development (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>, visualizado 26 febrero 2018).
36. DataBank: Service Delivery Indicators. Washington (DC): World Bank (<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=service-delivery-indicators>, visualizado 26 febrero 2018).
37. Demographic and Health Surveys. DHS Program (<https://dhsprogram.com/>, visualizado 26 febrero 2018).
38. Donabedian A, Wheeler JR, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. Medical Care. 1982;10:975–92.
39. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. Health Affairs. 2012;31(12):2774–84.
40. Martin GH, Pimhidzai O. Kenya service delivery indicators. Washington (DC): World Bank; 2013.
41. Peabody JW, Tozija F, Muñoz JA, Nordyke RJ, Luck J. Using vignettes to compare the quality of clinical care variation in economically divergent countries. Health Services Research. 2004;39(6 Pt 2):1951–70.
42. Leonard KL, Melkior CM, Vialou A. Getting doctors to do their best: the roles of ability and motivation in health care. Journal of Human Resources. 2007;42(3):682–700.
43. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van der Vleuten CPM, Hobus P. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. BMJ. 1991;303(6814):1377– 80.

44. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low- income countries: facts and economics. *Journal of Economic Perspectives*. 2008;22(2):93–114.
45. Graversen L, Christensen B, Borch-Johnsen K, Lauritzen T, Sandbaek A. General practitioners' adherence to guidelines on management of dyslipidaemia: ADDITION-Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2010;28(1):47–54.
46. Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, Childs P, McLeod L, Maxted JM. Patient safety in primary care. Edmonton, AB: Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety and Quality Council; 2010.
47. Levinson DR. Adverse events in skilled nursing facilities: national incidence among Medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services, United States of America; 2014.
48. Etchells E, Koo M, Shojania K, Matlow A. The economics of patient safety in acute care. Canadian Patient Safety Institute; 2012.
49. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
50. Experiencias de los pacientes con la atención ambulatoria. En: OECD (2017), *Panorama de la Salud 2015: Indicadores de la OCDE*, OECD Publishing, Paris/ Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, Ciudad de México, <https://doi.org/10.1787/9789264270626-es>.
51. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca R, Bazant ES et al. on behalf of the Quality of Maternal and Newborn Care Study Group of the Maternal and Child Health Integrated Program. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15(1):306.
52. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centres in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*. 2015;12(1):33.
53. Andaleeb SS. Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*. 2001;52(9):1359–70.
54. Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Journal of Healthcare Management*. 1997;42(2):165.
55. Bar-dayan Y. Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic. *Military Medicine*. 2002;167(10):842.
56. Calvillo EJ, Skog AP, Tenner AG, Wallis LA. Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(6):417–23.
57. Banerjee K, Carter AO. Waiting and interaction times for patients in a developing country accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*. 2006;23(4):286–90.
58. Oche MO, Adamu H. Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north western Nigeria. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2013;3(4):588–92.
59. United States National Healthcare Disparities Report. United States Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.

60. Hospital care for heart attacks among First Nations, Inuit and Métis. Canadian Institute for Healthcare Information; 2013 (https://secure.cihi.ca/free_products/HeartAttacksFirstNationsEn-Web.pdf, visualizado 26 febrero 2018).
61. Sharma J, Leslie HH, Kundu F, Kruk ME. Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya. PLoS ONE. 2017;12(1):e0171236.
62. Das J, Mohpal A. Socioeconomic status and quality of care in rural India: new evidence from provider and household surveys. Health Affairs. 2016;35(10):1764–73.
63. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in 11 countries finds that care is often poorly coordinated. Health Affairs (Millwood). 2011;30(12):2437–48.
64. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data. BMJ. 2017;356:j84, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j84>.
65. Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
66. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I et al. Evidence for overuse of medical services around the world. Lancet. 2017;390(10090):156–68.
67. Health care systems: efficiency and policy settings. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264094901-en>, visualizado 26 febrero 2018).
68. Fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona. Resolución WHA69.24, adopted at the Asamblea Mundial de la Salud, 28 mayo 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
69. Recursos humanos para la salud: estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327510>, visualizado 26 febrero 2018).
70. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. Annual Review of Public Health. 2014;35(1):399–421.
71. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low-and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. 2013;13:847.
72. Thapa A, Chaudhary P, Schwarz R. Embracing global standards for community health care on Nepal's path towards universal health coverage. The Lancet Global Health Blog, 26 January 2018 (<http://globalhealth.thelancet.com/2018/01/26/embracing-global-standards-community-health-care-nepals-path-towards-universal-health>, visualizado 26 febrero 2018).
73. Andrabi T, Das J, Khwaja AI. Delivering education: a pragmatic framework for improving education in low-income countries. Policy Research Working Paper No. WPS 7277. Washington (DC): World Bank; 2015 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/439891468001164200/Delivering-education-a-pragmatic-framework-for-improving-education-in-low-income-countries>, visualizado 26 febrero 2018).

74. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crips N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923–58.
75. Guidelines on transforming and scaling up health professionals' education and training. Ginebra: World Health Organization; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/about-guidelines>, visualizado 26 Febrero 2018).
76. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
77. Cristobal F, Worley P. Can medical education in poor rural areas be cost-effective and sustainable: the case of the Ateneo de Zamboanga University School of Medicine. *Rural and Remote Health*. 2012;12:1835.
78. Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Disponibilidad del servicio de los centros sanitarios en Bangladesh, Haití, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal y Uganda. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2017;95:738–48.
79. Spurring improvements in primary health care. Primary Health Care Performance Initiative (<https://www.phcperformanceinitiative.org>, visualizado 26 febrero 2018).
80. Brubakk K, Vist GE, Bukholm G, Barach P, Tjomsland O. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects. *BMC Health Services Research*. 2015;15:280.
81. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey MP. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;12:CD008992. doi:10.1002/14651858.CD008992.pub3.
82. Antimicrobial resistance: policy insights. París: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016 (<http://www.oecd.org/health/antimicrobial-resistance.htm>, visualizado 27 Febrero 2018).
83. Lewis PJ, Dornan T, Taylor D, Tully MP, Wass V, Ashcroft DM. Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. *Drug Safety*. 2009;32:379–89.
84. The world medicines situation 2011: rational use of medicines. Ginebra: World Health Organization; 2011 [medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf](#), visualizado 27 Febrero 2018).
85. WHO baseline country survey on medical devices. Ginebra: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/medical_devices/safety/en/, visualizado 27 febrero 2018).
86. Cruz JR. Seeking a safer blood supply. *Lancet*. 2005;365(9469):1463–64.
87. Management of patient information: trends and challenges in Member States, based on the findings of the second Global Survey on eHealth. Ginebra: World Health Organization; 2012.
88. Hagen TP, Häkkinen U, Belicza E, Fattore G, Goude F, and on behalf of the EuroHOPE study group. Acute myocardial infarction, use of percutaneous coronary intervention, and mortality: a comparative effectiveness analysis covering seven European countries. *Health Economics*. 2015;24:88–101.

89. European Collaboration for Healthcare Optimization (<http://echo-health.eu>, visualizado 27 febrero 2018).
90. Data for health and sustainable development. Health Data Collaborative (<https://www.healthdatacollaborative.org>, visualizado 27 february 2018).
91. Recommendation of the OECD Council on health data governance. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendation-of-OECD-Council-on-Health-Data-Governance-Booklet.pdf>, visualizado 27 febrero 2018).
92. Case study on narrowing the gaps for equity, Uganda. Right to identity: using mobile technologies to improve delivery of, and access to, birth registration services for all children. UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office; 2012.
93. Better ways to pay for health care. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>, visualizado 27 febrero 2018).
94. Recommendations to OECD ministers of health from the High Level Reflection Group on the Future of Health Statistics: strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. París: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>, visualizado 27 febrero 2018).
95. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. World Bank, World Health Organization, Ministry of Finance of China, National Health and Family Planning Commission of China, Ministry of Human Resources and Social Security of China; 2016.
96. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*. 2016;134:441–50.
97. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *Journal of General Internal Medicine*. 2017;32(5):566–71.
98. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health and Social Care in the Community*. 2009;17(5):447–58.
99. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004;4:e10.
100. Pacientes en Defensa de su Seguridad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es, visualizado 27 febrero 2018).
101. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2006;24(1):113–20.
102. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2008.
103. WHO Framework on Integrated, People-centred Health Services. Ginebra: World Health Organization (<http://www.who.int/serviceeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>, visualizado 27 Febrero 2018).

104. Quality of care: making strategic choices. Ginebra: World Health Organization; 2006.
105. Leatherman S, Sutherland K. Designing national quality reforms: a framework for action. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):334–40.
106. Ethiopian National Health Care Quality Strategy 2016–2020: transforming the quality of health care in Ethiopia. Government of Ethiopia: Ministry of Health.
107. Juran J. Overcoming resistance to organizational change. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15:380–82. doi:10.1136/qhsc.2006.020016.
108. The INDICAS system. Government of Mexico: Ministry of Health (<http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.phpm>, visualizado 2 marzo 2018).
109. Sarabia-González O, García-Saisó S, Cabrero-Castro E, Moreno-Sánchez P, Mayer- Rivera FJ, Delgado-Bernal M. Política de calidad en México. En: García-Saisó S, Hernández-Torres F, editores. *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, second edition. Government of Mexico, Ministry of Health; 2015:283–304.
110. Ruelas E, Gómez-Dantés O, Morales W. Mexico. En: Braithwaite J, Matsuyama Y, Mannion R, Johnson J. *Healthcare reform, quality and safety: perspectives, participants, partnerships and prospects in 30 countries*. Ashgate; 2015:193–202.
111. Health care-associated infections: fact sheet. Ginebra: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf, visualizado 28 febrero 2018).
112. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Ginebra: World Health Organization; 2016.
113. Morrison J, Thapa R, Hartley S, Osrin D, Manandhar M, Tumbahangphe K et al. Understanding how women's groups improve maternal and newborn health in Makwanpur, Nepal: a qualitative study. *International Health*. 2010;2(1):25–35.
114. Brennan TA, Berwick DM. New rules: regulation, markets, and the quality of American health care. *BMJ*. 1996;312:1108.
115. Payments to Ontario physicians from Ministry of Health and long-term care sources 1992/93 to 2009/10. ICES investigative report, February 2012 (<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Payments-to-Ontario-Physicians>, visualizado 2 marzo 2018).
116. Excellent Care for All: legislation, regulations and policy. Government of Ontario, Ministry of Health and Long-term Care (<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/>, visualizado 2 marzo 2018).
117. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ*. 2012;21:10.
118. Safer Patients Initiative phase one: mixed method evaluation of a large-scale organisational intervention to improve patient safety in four UK Hospitals. London: Health Foundation; 2011.
119. Ling T, Soper B, Buxton M, Hanney S, Oortwijn W, Scoggins A et al. How do you get clinicians involved in quality improvement? An evaluation of the Health Foundation's Engaging with Quality Initiative: a programme of work to support clinicians to drive forward quality. London: Health Foundation; 2010.
120. Learning report, Safer Patients Initiative: lessons from the first major improvement programme addressing patient safety in the UK. London: Health Foundation; 2011.

121. Needham DM, Sinopoli DJ, Dinglas VD, Berenholtz SM, Korupolu R, Watson SR et al. Improving data quality control in quality improvement projects. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009;21(2):145–50.
122. Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet*. 2004;363(9414):1061–7.



Anexo – Intervenciones de mejora

Este anexo define y presenta más información e investigación sobre una selección de intervenciones de mejora.

1. El licenciamiento de prestadores de atención en salud es un determinante clave de un sistema de salud de buen desempeño. Sin embargo, el trabajo emergente que analiza las diferencias de desempeño entre los profesionales con licencia y sin licencia sugiere que la licencia por sí sola no es suficiente para garantizar una atención de calidad. Por ejemplo, un estudio del Banco Mundial en una zona rural de la India, donde hay 15 veces más prestadores no calificados que aquellos con un título médico, encontró que la capacitación formal no es un garante de alta calidad. El estudio observó diferencias menores entre médicos capacitados y no capacitados en el cumplimiento de las listas de verificación de seguridad y no hubo diferencias en la probabilidad de que los prestadores den el diagnóstico o brinden el tratamiento correcto (1). Estos hallazgos sugieren que los médicos capacitados formalmente pueden saber lo que deberían estar haciendo clínicamente, pero se necesitan más intervenciones para garantizar el cumplimiento de los estándares de atención de mayor calidad (2). El monitoreo sistemático de la calidad y la retroalimentación individual a los prestadores, así como la educación del paciente sobre la competencia del prestador, son otros métodos para mejorar la calidad de la atención (3).

2. Acreditación es el reconocimiento público, por parte de un organismo externo, del nivel de desempeño de una organización frente a un conjunto de estándares previamente especificados (4). La acreditación puede ser otorgada por organismos del sector público, sin fines de lucro y con fines de lucro. Históricamente, las métricas utilizadas para evaluar la acreditación han estado orientadas a procesos y estructuras, como la presencia de equipos médicos adecuados, las proporciones de personal y el cumplimiento de las normas programáticas. Se ha realizado poca investigación sobre la relación entre la acreditación y los resultados clínicos. En un estudio en Egipto, los puntajes medios de satisfacción del paciente fueron significativamente más altos para las unidades de salud no gubernamentales acreditadas en algunos dominios: limpieza, área de espera, tiempo de espera, personal de la unidad y satisfacción general (5). Al menos teóricamente, la acreditación ofrece algunos beneficios, como el aumento de la confianza del público y la fiabilidad, el comportamiento autorregulador por parte de las instituciones de atención en salud y una base para incentivos y sanciones para la gestión del desempeño. El mantenimiento de un programa de acreditación efectivo puede ser un desafío, por varias razones: la necesidad de recursos adicionales para abordar las deficiencias estructurales y de desempeño de las instalaciones en preparación para la acreditación, la adaptación continua para garantizar que las normas estén actualizadas con la evidencia y el financiamiento sostenido para la acreditación nacional o internacional (6, 7). En muchas circunstancias, será necesario un período de asistencia técnica focalizada antes de la implementación de un programa de acreditación (6).

3. La gobernanza clínica incluye la promoción sistemática de actividades tales como la auditoría clínica; gestión de riesgos clínicos; participación del paciente o usuario del servicio; educación y desarrollo profesional; investigación y desarrollo de efectividad clínica; uso de sistemas de información; y comités institucionales de gobernanza clínica (8). Gobernanza clínica es un concepto utilizado para mejorar la gestión, la rendición de

cuentas y la prestación de atención de calidad. El Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido ha sido pionero en la implementación a gran escala de actividades de gobernanza clínica (9). Aunque la literatura de países con ingresos bajos y medios sigue siendo limitada, un estudio de caso de Indonesia mostró que la gobernanza clínica se utilizó para mejorar la salud materna y neonatal en 22 hospitales (10). Los mecanismos más aceptables para impulsar la gobernanza clínica son aquellas que reconocen el liderazgo profesional y son percibidos como relevantes a nivel local y permiten la reflexión sobre la práctica profesional personal (11).

4. Los reportes públicos son una estrategia utilizada para aumentar la transparencia y la rendición de cuentas sobre cuestiones de calidad y costo en el sistema de atención en salud al proporcionar a los consumidores, pagadores, organizaciones y prestadores de atención en salud información comparativa sobre el desempeño. Incluye una amplia gama de enfoques, tales como tarjetas de calificaciones sobre el desempeño del hospital, precios y costos comparativos en una comunidad, y evaluación comparativa de indicadores clínicos para prestadores. La presentación de reportes públicos se ha implementado en varios países de altos ingresos, incluidos Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos, donde la evidencia muestra que cataliza la mejora. En los países de bajos recursos se ha publicado menos, pero varios casos son ilustrativos del impacto potencial. En Afganistán, el Ministerio de Salud Pública produjo y lanzó públicamente un cuadro de mando integral (12), utilizando datos de encuestas de hogares y encuestas anuales de hospitales, que mostraron una mejora progresiva en los puntajes nacionales entre 2004 y 2008 en todos los seis dominios, incluida la satisfacción del paciente y la comunidad, la capacidad de prestación de servicios, la calidad general de los servicios y la reducción de las tarifas para los usuarios (13).

5. Financiamiento basado en el desempeño es un término amplio para la remuneración que se brinda a los prestadores de atención en salud en función de las medidas de desempeño. A menudo, la cantidad dependiente del desempeño es un subcomponente del pago completo, que puede basarse en una tarifa por servicio, capitación u otros cálculos. El pago puede repartirse a nivel individual o grupal (por ejemplo, hospital, departamento o equipo de atención). La evidencia muestra un éxito mixto, dependiendo de factores como la adhesión sustancial de las partes interesadas, las capacidades institucionales y la competencia del esquema de financiamiento o del titular del fondo (14-17). Un experimento de campo de Ruanda sugiere que el financiamiento basado en el desempeño puede ser factible (y preferible al financiamiento basado en insumos) en el África subsahariana (15). El estudio encontró una mejora en varios indicadores de acceso y conocimiento, por ejemplo, una reducción del 62% en los costos de bolsillo, un aumento del 144% en los partos practicados por parte de personas calificadas y un aumento del 23% en el conocimiento de los riesgos de transmisión del VIH a través de objetos que perforan la piel, pero no encontró impacto en los resultados clínicos (15). Del mismo modo, los resultados de un piloto en Nigeria encontraron un aumento en las visitas de atención prenatal y el uso de parto calificado (17).

6. Capacitación y supervisión de los trabajadores de la salud se encuentran entre las intervenciones más comunes para mejorar la calidad de la atención en salud en los países de bajos y medianos ingresos. A pesar de las grandes inversiones de los donantes, las evaluaciones del efecto a largo plazo de estas dos intervenciones son escasas. Un estudio encontró que la capacitación y la supervisión no mejoró significativamente la calidad de la atención para mujeres gestantes o niños enfermos en el África subsahariana (18). Otro estudio de Benín descubrió que los trabajadores que habían recibido capacitación integrada en manejo de enfermedades de la niñez más apoyos para el estudio brindaron una mejor atención que aquellos con capacitación más los apoyos habituales, y ambos grupos tuvieron mejor desempeño que los trabajadores no capacitados (19). En un proyecto relacionado en Benín para fortalecer la supervisión de los trabajadores de la salud, después de un cierto éxito inicial, se encontraron muchos obstáculos en múltiples

niveles del sistema de salud que condujeron a un colapso en la supervisión, incluida una coordinación deficiente, habilidades administrativas inadecuadas, equipos gerenciales ineficaces, falta de motivación, descentralización, resistencia de los trabajadores de la salud, menos prioridad dada a la supervisión específica a programas, carga de trabajo de supervisión, actividades no relacionadas con supervisión, implementación incompleta de las intervenciones del proyecto y pérdida de liderazgo y supervisores efectivos (20). El estudio concluyó que el apoyo de los líderes es crucial, y que los donantes y los políticos deben priorizar la supervisión (20).

7. La Regulación de medicamentos mejora la calidad de los medicamentos, tanto producidos como disponibles. Mientras que entre el 5% y el 15% de los Estados Miembros de la OMS informan casos de medicamentos falsificados, esto es probablemente una subestimación considerable. A nivel mundial, la capacidad de regulación de medicamentos es limitada; la OMS estima que el 30% de los países no tienen regulación de medicamentos o una entidad reguladora que no funciona correctamente (21). Un estudio en Uganda evaluó la efectividad de las guías nacionales de tratamiento estándar sobre la prescripción racional de medicamentos y encontró una mejora significativa en el tratamiento de casos generales, malaria y diarrea (22). Debido al grado en el que las autoridades reguladoras de medicamentos son intensivas tanto en recursos financieros como humanos, puede ser desafiante garantizar que se sigan las guías. Este es el caso que se nota especialmente en los países más pobres (21). Se ha sostenido que los países con recursos limitados deben confiar en la evaluación de las principales autoridades reguladoras de medicamentos, como las de los Estados Unidos y Europa, al evaluar ciertas categorías de medicamentos (23). Esto no resuelve el problema de cumplimiento, y las guías de países de altos ingresos pueden no alinearse con los atributos que otros países identifican como los más importantes. Las mejores prácticas en estrategias de prescripción que han tenido éxito comprobado en los países en desarrollo e industrializados incluyen guías de tratamiento estándar, listas de medicamentos esenciales, comités farmacéuticos y terapéuticos, capacitación profesional y educación específica en el servicio (24).

8. La inspección de instituciones para normas mínimas de seguridad puede usarse como un mecanismo para garantizar que haya una línea base de capacidad y recursos para mantener un entorno clínico seguro. Aunque hay poca literatura formal sobre la inspección de las instituciones respecto de estándares mínimos de seguridad a nivel de hospital o centro de salud (25), los factores de inspección que se sabe que mejoran las prácticas de seguridad incluyen la coherencia entre los estándares, la aprobación de los estándares por parte del ministerio de un país y la supervisión adecuada para comunicar los estándares y ayudar a los profesionales a usarlos en la práctica diaria (26). Como mínimo, los estándares de inspección pueden identificar elementos estructurales que son fundamentales para la calidad: una fuente de agua limpia, energía confiable y capacidad de respaldo, cobertura adecuada por parte de trabajadores de la salud calificados, clara responsabilidad administrativa, registros médicos completos y rendición de cuentas.

9. Protocolos de seguridad, tales como los de higiene de manos, abordan muchos riesgos evitables que amenazan el bienestar de los pacientes y causan sufrimiento y daños (27). Las infecciones asociadas a la atención en salud son el evento adverso más frecuente en la prestación de atención en salud en todo el mundo (28), siendo las infecciones más comunes las de heridas quirúrgicas, del torrente sanguíneo, del tracto urinario y del tracto respiratorio inferior (29). Sin embargo, la higiene de manos es un problema mundial, con tasas de cumplimiento que promedian menos del 40% (30). Los estudios de higiene de manos han demostrado un impacto en las tasas de higiene de manos que van del 10% a casi el 50% (31, 32). Veinte estudios hospitalarios publicados entre 1977 y 2008 mostraron una asociación entre mejores prácticas de higiene de manos y reducción de infecciones (33). Además, los programas de higiene de manos

pueden ser rentables: un estudio en Vietnam calculó que, por cada infección asociada a la atención en salud que se evitaba, el hospital ahorra US \$ 1.000 (32). El cambio de comportamiento requiere enfoques multifacéticos centrados en el cambio del sistema, el apoyo administrativo, la motivación, la disponibilidad de sanitizantes para manos a base de alcohol, agua y jabón seguros y confiables, capacitación y educación intensiva de trabajadores de la salud, y recordatorios en el lugar de trabajo (30, 34, 35). El cumplimiento es un problema generalizado que depende de muchos factores estructurales, incluida la posición profesional (médico, auxiliar de enfermería, técnico fisioterapeuta), departamento o tipo de atención brindada, proporciones de personal y la presencia de equipos de seguridad relevantes como guantes (33). Por otra parte, los programas deben ser sensibles al contexto (por ejemplo, los sanitizantes a base de alcohol deben usarse donde no se disponga de un suministro confiable de agua limpia) (31, 35).

10. Las listas de verificación de seguridad, como las listas de verificación de seguridad quirúrgica, pueden tener un impacto positivo en la reducción tanto de las complicaciones clínicas como de la mortalidad. En un estudio realizado en ocho hospitales diversos en una combinación de entornos de altos y bajos ingresos, las tasas de complicaciones postoperatorias disminuyeron en promedio en un 36% y las tasas de mortalidad disminuyeron en una cantidad similar después de una mayor adherencia a los seis procesos centrales de seguridad cubiertos por una lista de verificación proporcionada (36). Más aún, si durante el primer año de instituir una lista de verificación se evitan complicaciones mayores, un hospital obtendrá un retorno sobre su inversión (37). Sin embargo, la evidencia sugiere que la adopción exitosa de las listas de verificación requiere educación del personal clínico, recursos materiales e integración en esfuerzos institucionales más amplios y contexto clínico (38–40). Se ha demostrado que estos factores son particularmente relevantes en países con ingresos bajos y medios (38). La implementación deficiente de listas de verificación en entornos de bajos ingresos podría no solo fallar en reducir los riesgos de seguridad del paciente, sino que también puede introducir nuevos riesgos como manipulación, desconexión y otros comportamientos perjudiciales para la atención del paciente (38). Es más probable que la implementación de listas de verificación quirúrgicas se optimice en programas establecidos y multifacéticos de seguridad del paciente (38).

11. Los reportes de eventos adversos documentan un evento médico adverso o no deseado como resultado de servicios de salud específicos o durante un encuentro con un paciente (41). La notificación de eventos adversos es una estrategia para generar conciencia, aumentar la transparencia y fomentar la rendición de cuentas con respecto a la atención insegura. Los eventos adversos debido a la atención médica representan una fuente importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Un estudio que analizó la carga global de la atención en salud insegura estimó que hay 421 millones de hospitalizaciones en el mundo anualmente, con aproximadamente 42,7 millones de eventos adversos que resultan en 23 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por año (42). Aproximadamente dos tercios de todos los eventos adversos ocurrieron en países con ingresos bajos y medios. La atención en salud insegura puede llevar a los pacientes, especialmente en países de bajos ingresos, a rechazar el uso del sistema formal de atención en salud, lo que hace que la atención insegura sea una barrera importante para el acceso de muchos de los pobres del mundo. El consumo de recursos debido a una estadía prolongada y atención adicional, así como a la pérdida de salarios y productividad, es una consecuencia adicional de la atención insegura.

12. El soporte a las decisiones clínicas (CDS) es la provisión de conocimiento e información específica del paciente presentada en los momentos apropiados para mejorar la prestación de atención en salud de primera línea. CDS abarca una variedad de herramientas para mejorar la toma de decisiones, como guías clínicas, conjuntos

de órdenes específicas a condición, alertas y recordatorios computarizados, plantillas de documentación y soporte de diagnósticos. Los CDS pueden ser automatizados (integrados en historias clínicas electrónicas o dispositivos móviles) o en papel. Aunque el CDS electrónico tiene muchas ventajas, requiere asistencia técnica continua y puede estar sujeto a desafíos de infraestructura deficiente, como acceso limitado a Internet o suministro de energía poco confiable (43). Varios estudios han examinado la viabilidad de implementar CDS en países con ingresos bajos y medios, pero hasta ahora solo hay evidencia mínima sobre su impacto en la salud (43, 44). Los estudios señalan la necesidad de equilibrar las indicaciones de CDS que existen para estandarizar la atención para una mejor calidad con la autonomía del médico para tomar decisiones basadas en el contexto, la experiencia clínica y las necesidades únicas del paciente (43-45).

13. Los Estándares, rutas y protocolos clínicos son herramientas utilizadas para guiar la atención en salud basada en evidencia que se han implementado internacionalmente desde la década de 1980 (46). En entornos de altos ingresos, las rutas clínicas se han utilizado para mejorar la atención de diversas afecciones, incluyendo infartos agudos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Por ejemplo, un estudio de Australia mostró que después de la introducción de un programa de ruta clínica con listas de verificación y recordatorios, un 48% adicional de pacientes con infarto agudo de miocardio recibieron beta bloqueadores dentro de las 24 horas posteriores al ingreso (47). Del mismo modo, después de la introducción de un programa de rutas clínica, un 55% adicional de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico recibió aspirina o clopidogrel dentro de las 24 horas posteriores a la admisión (47). Otro estudio de los Estados Unidos incorporó protocolos clínicos de “mejor cuidado” en el flujo de trabajo del clínico a través de la entrada de la orden por parte del prestador de atención y mostró que la herramienta de apoyo a decisiones aumentó significativamente el número de pacientes que reciben aspirina por infarto agudo de Las rutas clínicas y los protocolos también se usan en entornos de ingresos bajos y medios, donde las guías nacionales se publican periódicamente y sirven como una fuente importante de referencia para los clínicos y funcionarios de salud pública, particularmente para programas verticales centrados en enfermedades como la tuberculosis y el VIH/SIDA (49, 50).

14. La auditoría clínica y retroalimentación es una estrategia para mejorar la atención al paciente mediante el seguimiento del cumplimiento de las normas y guías explícitas junto con la provisión de retroalimentación accionable sobre la práctica clínica. Un uso común en todo el mundo es fomentar la implementación de guías de práctica clínica, mediante las cuales la auditoría y la retroalimentación se usan para identificar variaciones injustificadas y aumentar el cumplimiento de las guías. La auditoría a nivel individual y hospitalario es una parte clave de la Estrategia Catalana del Cáncer (España) para promover la equidad (51). Incluso en entornos rurales con recursos limitados, por ejemplo, en la República Unida de Tanzania, la auditoría clínica se ha asociado con una disminución de la mortalidad y la morbilidad materna (52). La investigación en los países de ingresos más altos ha demostrado que las instalaciones de mayor desempeño tienden a ofrecer retroalimentación más oportuna, individualizada y no punitiva a los prestadores que las instalaciones de menor desempeño (53). Si bien la mayoría de los estudios no cuantifican el grado en que la auditoría y la retroalimentación impactan de manera concreta el cumplimiento de las normas, sí destacan la frecuencia de los errores médicos y proporcionan una descripción descriptiva de la calidad de la atención en un entorno determinado, lo que ayuda al personal clínico a identificar y abordar las áreas necesitadas de mejora. Los desafíos destacados para una implementación exitosa incluyen la disponibilidad de recursos, la adhesión del prestador y el apoyo de liderazgo para el proceso, la coherencia en la comprensión y la implementación de las guías, la precisión de la información en los registros clínicos y la efectividad de los mecanismos de retroalimentación continua (51, 54).

15. Las revisiones de morbilidad y mortalidad proporcionan un mecanismo de aprendizaje colaborativo y un proceso de revisión transparente para que los clínicos examinen su práctica e identifiquen áreas de mejora, tales como los resultados de los pacientes y los eventos adversos, sin temor a la culpa (55). Las revisiones de morbilidad y mortalidad se utilizan para reunir al personal clínico para revisar, con fines de aprendizaje, qué contribuyó a las complicaciones o la muerte de un paciente (55). Como tal, promueven el reconocimiento activo de errores o fallos, y son una oportunidad para aprender, así como para identificar las mejoras necesarias en el proceso. Se ha demostrado que mejoran la colaboración y la comunicación, ayudan al aprendizaje en equipo y dan como resultado cambios en el mantenimiento de registros y la gobernanza relevantes para la seguridad del paciente (55–57). Históricamente han sido populares en contextos de mayores recursos, pero están surgiendo estudios que demuestran potencial en países con ingresos bajos y medios. Trabajo descriptivo desde Nepal sugiere que son factibles en contextos rurales de bajos recursos (56). La investigación en contextos geográficos y económicos señala la importancia de la participación administrativa de alto nivel, la participación del personal clínico y no clínico, la identificación clara de objetivos, la selección de casos en función de su potencial de mejora y el seguimiento coordinado de las actividades de mejora como factores clave de éxito (55–57).

16. Los ciclos de mejora colaborativos y en equipo son un método formal que reúne a varios equipos de hospitales o clínicas para trabajar juntos en la mejora en torno a un área temática focalizada durante un período de tiempo definido. Varias de las características comunes de las colaboraciones son el intercambio de ideas para la mejora, la prueba iterativa de acciones que conducen a la mejora y el aprendizaje mutuo en múltiples organizaciones de atención en salud. Los estudios realizados en entornos de altos ingresos, como el National Surgical Infection Prevention Collaborative [Grupo Colaborativo Nacional de Prevención de Infección Quirúrgica] o el grupo colaborativo para disminuir las tasas parto por cesárea, han demostrado que los grupos colaborativos pueden ser muy efectivos, reduciendo las tasas de infección del 27% al 1,7% y las tasas de cesárea en un 30% en cuestión de meses (58–60). Los grupos colaborativos también se han utilizado en entornos de bajos ingresos. Por ejemplo, la Ethiopian Hospital Alliance for Quality [Alianza de Calidad Hospitalaria de Etiopía] fue un grupo colaborativo nacional patrocinada por el USAID financió 54 grupos colaborativos en 14 países con ingresos bajos y medios durante el período 1998–2008. Un meta-análisis de 27 de estos grupos colaborativos en 12 países con ingresos bajos y medios mostró que el desempeño de alto nivel se mantuvo durante un promedio de 13 meses y el tiempo promedio para alcanzar el 80% de desempeño fue de 9,2 meses, mientras que el tiempo promedio para alcanzar el 90% de desempeño fue de 14,4 meses (62).

17. El relacionamiento y empoderamiento comunitario formalizado se refiere a la contribución activa e intencional de los miembros de la comunidad a la salud de la población de una comunidad y al desempeño del sistema de prestación de servicios de salud. La participación comunitaria en la salud tiene muchas formas y enfoques, incluida la adopción de comportamientos para prevenir y tratar enfermedades; participación efectiva en actividades de control de enfermedades; contribución al diseño, implementación y monitoreo de programas de salud; y provisión de recursos para la salud. La participación y los aportes a los sistemas de salud pueden ocurrir a través de diversos medios, tales como el análisis de necesidades, el establecimiento de prioridades de alto nivel o la participación en las juntas directivas. Se pueden encontrar muchos ejemplos de casos; Por ejemplo, en Eritrea y Senegal, el fortalecimiento de la participación comunitaria en el control de la malaria condujo a una disminución de los casos graves de malaria (63), y el análisis preliminar del brote de Ébola indica que los esfuerzos más formales de participación comunitaria resultaron en un impacto

significativo en la identificación y rastreo de casos y una confianza más amplia en las unidades locales de tratamiento del Ébola (64). Los procesos de reforma del sistema de salud han reconocido cada vez más la contribución esencial de las comunidades; en Kenia, la viabilidad se puso a prueba en la planificación anual del sector de la salud a nivel de distrito, donde la participación comunitaria influyó en el establecimiento de objetivos y prioridades. Los desafíos de la participación formal de la comunidad incluyen el desarrollo de capacidades para empoderar a las comunidades, suministrando herramientas y productos para apoyar la participación comunitaria y el seguimiento y supervisión adecuados por parte de los profesionales de la salud.

18. La educación en salud es la capacidad de obtener y comprender la información básica de salud requerida para tomar decisiones de salud apropiadas por parte de pacientes, familias y comunidades más amplias (65). La mala educación en salud es un desafío para la calidad de la atención en salud; por ejemplo, los pacientes con baja educación tienen dificultades para seguir instrucciones médicas, interactuar con el sistema de atención en salud y leer o cumplir con las recetas de medicamentos (65). Además, los pacientes con bajo conocimiento específico de la enfermedad informan una menor calidad de vida y tienen peores resultados relacionados con la salud (65). Los estudios muestran que las intervenciones educativas pueden tener un impacto tanto en la mejora del conocimiento como en la búsqueda de atención clínica. Por ejemplo, una intervención en Malawi condujo a una mejora significativa en el conocimiento relacionado con la educación en salud mental (66), y un estudio en India encontró una asociación positiva entre los programas de educación en salud y las tasas de vacunación infantil (67). Sin embargo, las ganancias de la educación disminuyen con el tiempo, por lo que la programación de seguimiento es clave. La investigación sugiere apuntar a personas influyentes, como los docentes, para ampliar el alcance programático y garantizar el impacto a largo plazo (66, 67). Otras consideraciones incluyen la integración de los currículos de educación en salud en la escolarización requerida, lo cual es especialmente común con la educación en salud sexual (68).

19. La toma de decisiones compartida entre prestadores y pacientes a menudo se emplea para adaptar la atención a las necesidades y preferencias del paciente, con el objetivo de lograr mejores resultados para el mismo. Existe evidencia abundante de que los pacientes desean más información y una mayor participación (69), pero pocos estudios han evaluado el impacto en los resultados clínicos, particularmente en países con ingresos bajos y medios. La comunicación inadecuada entre prestadores puede resultar en citas a servicios perdidas (70). Sin embargo, existen barreras para la activación del paciente en muchos entornos del sector de la salud pública, como en las clínicas, que a menudo están congestionadas y sobrecargadas (71). Un estudio sobre la adherencia a la terapia antirretroviral y la toma de decisiones compartidas o “activación del paciente” encontró que después del diagnóstico, los pacientes preferían la toma de decisiones dirigida por el prestador, pero a medida que se sentían cómodos con su diagnóstico de VIH, estaban más abiertos a un enfoque de toma de decisión compartida al tratamiento del VIH (71). No hay evidencia de que la toma de decisiones compartida afecte negativamente la atención clínica, aunque puede haber limitaciones a lo que se puede abordar en una sola visita clínica, dados factores tales como los conceptos locales de enfermedad o la desconfianza históricamente fundamentada en la medicina “occidental”, que puede motivar a los pacientes a buscar medicinas tradicionales (70).

20. Apoyo de pares y grupos de pacientes expertos vinculan a las personas que viven con condiciones clínicas similares para compartir conocimientos y experiencias. El enfoque complementa y mejora otros servicios de atención en salud al crear el apoyo emocional, social y práctico necesario para manejar los problemas de salud y mantenerse lo más saludable posible. La extensa literatura que respalda la efectividad

del apoyo de pares y los grupos de pacientes en adultos infectados con VIH ofrece luces sobre lo que es factible y alcanzable como estrategia para mejorar la calidad de la atención. Una revisión sistemática del impacto de los grupos de apoyo en las personas que viven con el VIH mostró que los grupos de apoyo estaban asociados con una reducción de la mortalidad y la morbilidad, una mayor retención en la atención y una mejor calidad de vida (72). Las visitas grupales han sido prometedoras al proporcionar a los pacientes individuales una red de apoyo entre pares para maximizar la adherencia, mejorar la retención del paciente, brindar educación al paciente, monitorear los efectos secundarios y lograr ganancias terapéuticas (73). En un grupo de apoyo sudafricano, los participantes tenían significativamente más probabilidades de tener una carga viral indetectable y un recuento de células CD4 mayor a 200 células/ml a los 12 meses que aquellos que no participaron en un grupo de apoyo (72). Dados los graves desafíos en recursos humanos en todo el mundo, específicamente la escasez de prestadores de atención en salud capacitados, los grupos de apoyo pueden desempeñar un papel más importante en la mejora de la eficacia de los modelos de atención (72).

21. La retroalimentación del paciente y experiencia de atención como estrategia para mayor comprensión y mejora de la calidad de los servicios de salud ha aumentado dramáticamente, principalmente en países de altos ingresos. En estos contextos, existe un creciente cuerpo de evidencia de que la experiencia autoinformada se correlaciona con otras medidas de calidad clínica más objetivas (74). Las medidas informadas por los pacientes están asociadas con una mejor experiencia del paciente, adherencia al tratamiento, mayor compromiso con su atención y mejores resultados (75, 76). Algunos estudios en países con ingresos bajos y medios han demostrado que los pacientes pueden juzgar adecuadamente ciertos aspectos de su atención. Por ejemplo, un estudio hecho en la República Unida de Tanzania encontró que los pacientes buscaban atención de manera proactiva en función de sus necesidades clínicas, según el tipo y la gravedad de los síntomas, así como el valor percibido de la atención recibida previamente (77). La evidencia basada en auditorías de entornos de atención primaria en India encontró que los pacientes tienen una buena idea de lo que quieren y necesitan de los médicos y están dispuestos a pagar por ello (78). A algunos críticos les preocupa que los principales determinantes de la experiencia del paciente puedan estar motivados por factores como el atractivo del entorno o la amabilidad del personal; sin embargo, se ha demostrado que los pacientes pueden diferenciar las comodidades superficiales de un relacionamiento más significativo.

22. Las herramientas de autogestión del paciente son tecnologías y técnicas utilizadas por pacientes y familias para manejar problemas de salud fuera de las instituciones médicas formales. Se estudian cada vez más como herramientas de mejora de la calidad en el contexto del creciente empoderamiento de pacientes en todo el mundo. Dada la creciente prevalencia de enfermedades crónicas a nivel mundial, la autogestión de la diabetes sirve como un buen ejemplo. Los pacientes diabéticos que participan en programas educativos de autogestión demostraron reducciones significativas en los niveles de hemoglobina glicosilada; en Uganda, los resultados de los pacientes incluyeron disminuciones en el porcentaje de HbA1c y la presión arterial diastólica, y en Honduras, los reportes de autocuidado demostraron mejoras en más del 50% de los pacientes en los niveles de azúcar en sangre, la dieta y la adherencia a la medicación (79). Un análisis económico de las intervenciones para la diabetes encontró que la capacitación para la autogestión de la diabetes reduce los costos médicos en los países en desarrollo a corto plazo (80). Debido a que los teléfonos móviles están ampliamente disponibles, las intervenciones mHealth para la autogestión pueden ser una herramienta costo-efectiva (79). Los desafíos para la implementación generalizada incluyen acceso tanto geográfico como financiero a dichos programas de autogestión, recursos humanos capacitados a nivel central y periférico, y acceso a la educación. (81).

23. Evaluación de la tecnología sanitaria. (HTA) se realiza para descubrir cómo las tecnologías de atención en salud ayudan a mantener y mejorar la salud. La ETS se utiliza para informar la toma de decisiones clínicas y de política relacionadas tanto con la introducción como con la difusión de un amplio espectro de tecnologías sanitarias. (82, 83). Evaluar si la ETS afecta la calidad implica observar el resultado a largo plazo de las políticas que se han implementado y han demostrado éxito. La ETS tiene muchas aplicaciones diferentes, como la formulación de políticas para la vacunación contra la gripe de los niños, que informa el desarrollo de esquemas de reembolso en Suecia (que resultó en una disminución de los costos anuales), que influyen en las características de los paquetes de beneficios de salud en Tailandia o Chile (84–86), o en definir el papel de técnicas específicas de cirugía laparoscópica en Kazajstán (87). La cohesión entre las partes interesadas es necesaria para la implementación exitosa de ETS con la participación de profesionales de la salud, grupos de defensa de pacientes y la industria, tales como tecnología médica o empresas farmacéuticas. (88). La transparencia en analíticas, costos y resultados (datos reales de pacientes) es clave para que la evaluación de ETS sea exitosa (83). Debido a que el acceso oportuno y apropiado a los productos, procedimientos y medicamentos de atención en salud a menudo puede afectar los resultados de los pacientes, la HTA representa un mecanismo importante para mejorar la calidad de la atención tanto para las personas como para las poblaciones.

Anexo referencias

1. Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Affairs (Millwood)*. 2012;31(12):2774–84.
2. Das J, Hammer J. Money for nothing: the dire straits of medical practice in Delhi, India. Policy Research Working Paper No. 3669. Washington (DC): World Bank; 2005.
3. Das J, Hammer J. Location, location, location: residence, wealth, and the quality of medical care in Delhi, India. *Health Affairs (Millwood)*. 2007;26(3):w338–51.
4. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. *Globalization and Health*. 2014;10(1):65.
5. Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009;21(3):183–9.
6. Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002;14(Suppl 1):7–16.
7. Hinchcliff R, Greenfield D, Moldovan M, Westbrook JI, Pawsey M, Mumford V et al. Narrative synthesis of health service accreditation literature. *BMJ Quality and Safety*. 2012;21(12):979–91.
8. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal*. 2009;39(6):389–400.
9. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998;317(7150):61–5.
10. Amelia D, Suhowatsky S, Baharuddin M, Tholandi M, Hyre A, Reena S. Case study: clinical governance as an approach to improve maternal and newborn health in 22 hospitals in Indonesia. *World Health and Population*. 2015;16(2):16–23.
11. Phillips CB, Pearce CM, Hall S, Travaglia J, de Lusignan S, Love T et al. Can clinical governance deliver quality improvement in Australian general practice and primary care? A systematic review of the evidence. *Medical Journal of Australia*. 2010;193(10):602–7.
12. Peters DH, Noor AA, Singh LP, Kakar FK, Hansen PM, Burnham G. A balanced scorecard for health services in Afghanistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(2):146–51.
13. Edward A, Kumar B, Kakar F, Salehi AS, Burnham G, Peters DH. Configuring balanced scorecards for measuring health system performance: evidence from 5 years' evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine*. 2011;8(7):e1001066.
14. Ssengooba F, McPake B, Palmer N. Why performance-based contracting failed in Uganda: an "open-box" evaluation of a complex health system intervention. *Social Science and Medicine*. 2012;75(2):377–83.
15. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84(11):884–9.
16. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, Kimanuka C. Performance-based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs (Millwood)*. 2011;30(8):1518–27.
17. Ashir GM, Doctor HV, Afenyadu GY. Performance based financing and uptake of maternal and child health services in Yobe State, northern Nigeria. *Global Journal of Health Science*. 2013;5(3):34–41.

18. Leslie HH, Gage A, Nsona H, Hirschhorn LR, Kruk ME. Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub-Saharan Africa. *Health Affairs (Millwood)*. 2016;35(9):1716–24.
19. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Osterholt DM, Rowe SY, Deming S. A multifaceted intervention to improve health worker adherence to integrated management of childhood illness guidelines in Benin. *American Journal of Public Health*. 2009;99(5):837–46.
20. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Deming MS. The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of integrated management of childhood illness in Benin. *Health Policy and Planning*. 2010;25(2):125–34.
21. Newton PN, Green MD, Fernández FM. Impact of poor-quality medicines in the “developing” world. *Trends in Pharmacological Sciences*. 2010;31(3):99–101.
22. Kafuko J. Rational drug use in rural health units of Uganda: effect of national standard treatment guidelines on rational drug use. Ginebra: World Health Organization, Essential Medicines and Policy Department.
23. Gray A. Access to medicines and drug regulation in developing countries: a resource guide for DFID. United Kingdom Department for International Development, Health Systems Resource Centre; 2014.
24. Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning*. 2001;16(1):13–20.
25. Gershon RRM, Karkashian CD, Grosch JW, Murphy LR, Escamilla-Cejudo A, Flanagan PA et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*. 2000;28(3):211–21.
26. Ovretveit J. Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*. 2004;17(7):368–76.
27. A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. Ginebra: World Health Organization; 2009.
28. Friedman C, Newsom W, editores. IFIC basic concepts of infection control, 2nd edition. Portadown, Northern Ireland: International Federation of Infection Control; 2011.
29. Core components for infection prevention and control programmes: report of the second meeting, Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, Geneva, Switzerland, 26–27 June 2008. Geneva: World Health Organization; 2009.
30. Raka L. Prevention and control of hospital-related infections in low- and middle- income countries. *Open Infectious Diseases Journal*. 2010;4(1):125–31.
31. Budd A, Lukas S, Hogan U, Priscille K, Fann K, Hill P et al. A case study and the lessons learned from in-house alcohol-based hand sanitizer production in a district hospital in Rwanda. *Journal of Service Science and Management*. 2016;9:150–9.
32. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D, Thi Kim Anh L et al. Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam. *American Journal of Infection Control*. 2015;43(12):e93–9.
33. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*. 2009;73(4):305–15.
34. Allegranzi B, Sax H, Bengaly L, Richet H, Minta DK, Chraiti MN et al. Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2010;31(2):133–41.
35. Mathur P. Hand hygiene: back to the basics of infection control. *Indian Journal of Medical Research*. 2011;134(5):611–20.

36. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(5):491–9.
37. Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WR et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Health Affairs (Millwood)*. 2010;29(9):1593–9.
38. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003039.
39. Arriaga AF, Bader AM, Wong JM, Lipsitz SR, Berry WR, Ziewacz JE et al. Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(3):246–53.
40. Dixon-Woods M. The problem of context in quality improvement. *Health Foundation*; 2014.
41. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N et al. “Global trigger tool” shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs (Millwood)*. 2011;30(4):581–9.
42. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*. 2013;22(10):809–15.
43. Ali MK, Shah S, Tandon N. Review of electronic decision-support tools for diabetes care: a viable option for low- and middle-income countries? *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2011;5.
44. Raghu A, Praveen D, Peiris D, Tarassenko L, Clifford G. Engineering a mobile health tool for resource-poor settings to assess and manage cardiovascular disease risk: SMARTHealth study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2015;15(1):36.
45. Praveen D, Patel A, Raghu A, Clifford GD, Maulik PK, Mohammad Abdul A et al. SMARTHealth India: development and field evaluation of a mobile clinical decision support system for cardiovascular diseases in rural India. *JMIR mHealth and uHealth*. 2014;2(4):e54.
46. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*. 2010;8:31.
47. Wolff AM, Taylor SA, McCabe JF. Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. *Medical Journal of Australia*. 2004;181(8):428–31.
48. Ozdas A, Speroff T, Waitman LR, Ozbolt J, Butler J, Miller RA. Integrating “best of care” protocols into clinicians’ workflow via care provider order entry: impact on quality-of-care indicators for acute myocardial infarction. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2006;13(2):188–96.
49. Jassal MS, Bishai WR. The epidemiology and challenges to the elimination of global tuberculosis. *Clinical Infectious Diseases*. 2010;50(Suppl 3):S156–S64.
50. Suharlim C. National TB guidelines implementation: challenges, deviations, and strategies. 2014.
51. Manchon-Walsh P, Borrás JM, Espinas JA, Aliste L. Variability in the quality of rectal cancer care in public hospitals in Catalonia (Spain): clinical audit as a basis for action. *European Journal of Surgical Oncology*. 2011;37(4):325–33.
52. Nyamtema AS, de Jong AB, Urassa DP, van Roosmalen J. Using audit to enhance quality of maternity care in resource limited countries: lessons learnt from rural Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2011;11(1):94.
53. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science*. 2006;1(1):9.
54. Hysong SJ, Teal CR, Khan MJ, Haidet P. Improving quality of care through improved audit and feedback. *Implementation Science*. 2012;7(1):45.

55. Higginson J, Walters R, Fulop N. Mortality and morbidity meetings: an untapped resource for improving the governance of patient safety? *BMJ Quality and Safety*. 2012;21:7.
56. Schwarz D, Schwarz R, Gauchan B, Andrews J, Sharma R, Karelis G et al. Implementing a systems-oriented morbidity and mortality conference in remote rural Nepal for quality improvement. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(12):1082–8.
57. François P, Prate F, Vidal-Trecan G, Quaranta J-F, Labarere J, Sellier E. Characteristics of morbidity and mortality conferences associated with the implementation of patient safety improvement initiatives: an observational study. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):35.
58. Boushon B, Provost L, Gagnon J, Carver P. Using a virtual breakthrough series collaborative to improve access in primary care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2006;32(10):573–84.
59. Dellinger EP, Hausmann SM, Bratzler DW, Johnson RM, Daniel DM, Bunt KM et al. Hospitals collaborate to decrease surgical site infections. *American Journal of Surgery*. 2005;190(1):9–15.
60. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a “breakthrough series” collaborative. *Birth*. 1998;25(2):117–24.
61. Linnander E, McNatt Z, Sipsma H, Tatek D, Abebe Y, Endeshaw A et al. Use of a national collaborative to improve hospital quality in a low-income setting. *International Health*. 2016;8(2):148–53.
62. Franco LM, Marquez L. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(8):658–65.
63. Community involvement in health. Ginebra: World Health Organization; 2006.
64. Fallah M, Dahn B, Nyenswah TG, Massaquoi M, Skrip LA, Yamin D et al. Interrupting Ebola transmission in Liberia through community-based initiatives. *Annals of Internal Medicine*. 2016;164(5):367–9.
65. Sampson UK, Amuyunzu-Nyamongo M, Mensah GA. Health promotion and cardiovascular disease prevention in sub-Saharan Africa. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2013;56(3):344–55.
66. Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Improving Malawian teachers’ mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Global Mental Health*. 2015;2(10).
67. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre M-P, Dudeja S, Chandra D, Koné GK et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015; 69(9):849–57.
68. Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low- and middle-income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*. 2014;11(1):1.
69. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *Journal of Health Services Research and Policy*. 1997;2(2):112–21.
70. Merten S, Kenter E, McKenzie O, Musheke M, Ntalasha H, Martin-Hilber A. Patient-reported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography. *Tropical Medicine and International Health*. 2010;15(Suppl 1):16–33.
71. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T et al. Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review. *Current HIV/AIDS Reports*. 2016;13(3):177–85.
72. Bateganya MH, Amanyeive U, Roxo U, Dong M. Impact of support groups for people living with HIV on clinical outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2015;68(Suppl 3):S368–74.

73. Gupta N, Bukhman G. Leveraging the lessons learned from HIV/AIDS for coordinated chronic care delivery in resource-poor settings. *Healthcare*. 2015;3(4):215–20.
74. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3:1–18.
75. Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(18):1921–31.
76. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2010;3:188–95.
77. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Social Science and Medicine*. 1994;39(6):767–80.
78. Das J, Holla A, Mohpal A, Muralidharan K. Quality and accountability in healthcare delivery: audit-study evidence from primary care in India. *American Economic Review*. 2013;106(12):3765–99.
79. Esterson YB, Carey M, Piette JD, Thomas N, Hawkins M. A systematic review of innovative diabetes care models in low-and middle-income countries (LMICs). *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2014;25(1):72–93.
80. Klonoff DC, Schwartz DM. An economic analysis of interventions for diabetes. *Diabetes Care*. 2000;23(3):390–404.
81. Debussche X, Balcou-Debussche M, Besançon S, Traore SA. Challenges to diabetes self-management in developing countries. *Diabetes Voice*. 2009;54.
82. Oortwijn W, van der Wilt GJ. Challenges in contemporary health technology assessment: a view from the outside. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1–2):1–2.
83. Kennedy-Martin T, Mitchell BD, Boye KS, Chen W, Curtis BH, Flynn JA et al. The health technology assessment environment in mainland China, Japan, South Korea, and Taiwan: implications for the evaluation of diabetes mellitus therapies. *Value in Health Regional Issues*. 2014;3:108–16.
84. Pettersson B, Hoffmann M, Wandell P, Levin LA. Utilization and costs of lipid modifying therapies following health technology assessment for the new reimbursement scheme in Sweden. *Health Policy*. 2012;104(1):84–91.
85. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P et al. Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand. *Journal of Comparative Effectiveness Research*. 2012;1(2):137–46.
86. Implementation of the universal access with explicit guarantee (AUGE) reform: Chile case study. Ginebra: World Health Organization; 2015.
87. Koshbayeva L, Hailey D, Kurakbaev K, Tsoy A, Zhuzzhanov O, Donbay A et al. Implementation of health technology assessment work in a hospital in Kazakhstan. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2016;32(1–2):78–80.
88. O'Donnell JC, Pham SV, Pashos CL, Miller DW, Smith MD. Health technology assessment: lessons learned from around the world – an overview. *Value in Health*. 2009;12:S1–S5.



**Organización Mundial
de la Salud**

20 Avenue Appia
1211 Genève 27 Switzerland

Favor visitarnos en:
www.who.int/service_delivery/safety



El Banco Mundial

1818 H Street NW
Washington, DC 20433
United States of America

Favor visitarnos en:
www.worldbank.org/health



**Organización para
la Cooperación y el Desarrollo
Económicos (OCDE)**

2, rue André Pascal
75775 Paris
Francia

Favor visitarnos en:
www.oecd.org/health

