



150Años

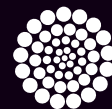
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

ESTADO DEL ARTE DE LA MEDICINA

2013–2014: LAS PALANCAS PARA MEJORAR
LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Enrique Ruelas Barajas
Osvaldo Artaza Barrios
Sebastián García Saisó
Odet Sarabia González
Walverly Morales Gordillo



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ESTADO DEL ARTE DE LA MEDICINA

**2013–2014: LAS PALANCAS PARA MEJORAR LA CALIDAD
DE LOS SISTEMAS DE SALUD**



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

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

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel†

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ESTADO DEL ARTE DE LA MEDICINA

2013–2014: LAS PALANCAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Coordinadores:

Enrique Ruelas Barajas
Osvaldo Artaza Barrios
Sebastián García Saisó
Odet Sarabia González
Walverly Morales Gordillo



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

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



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

Estado del Arte de la Medicina 2013-2014: Las palancas para mejorar la calidad de los sistemas de salud, primera edición

Colección: Estado del Arte

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

ISBN 978-607-443-529-0



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

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Asesor editorial

Lic. Penélope Martínez Herrera
Cuidado de la edición

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

LDG Marcela Solís Mendoza
Formación

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editores

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Academia Nacional de Medicina de México

Presidente (2013-2014)

[1, S9]

Dr. Osvaldo Artaza Barrios

Organización Panamericana de la Salud, Asesor Regional

[31]

Dr. Sebastián García Saisó

Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Director General

Dra. Odet Sarabia González

Directora General Adjunta de Calidad en Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

Dra. Walverly Morales Gordillo

Servicios de Salud de Morelos, Responsable Estatal de Calidad

V

Colaboradores

Mtro. Mikel Andoni Arriola Peñalosa

Comisionado Federal para Protección Contra Riesgos Sanitarios

[2]

Dr. Cristian Baeza

Titular de Salud Global, Washington University

[9]

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Titular de la Unidad de Atención Primaria a la Salud, IMSS

[12]

M. en C. Antonio Chemor Ruiz

Director General de Financiamiento, Comisión para la Protección Social en Salud

[6]

Dr. Luis Durán Arenas

Jefe del Departamento de Salud Pública, UNAM

[11]

Dr. Julio Frenk Mora

Decano de la Facultad de Salud Pública, Harvard University
[25]

Andreína González Etedgui

Socia Fundadora de “Gente & Gerencia”
[30]

Dr. Eduardo González Pier

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud
[22, 26]

Dra. María Luisa González Rétiz

Directora General del CENETEC
[17]

Mtro. Antonio Heras Gómez

Coordinador de Asesores IMSS Oportunidades
[13]

Dr. Gonzalo Hernández Licona

Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Evaluación
[18]

Dr. Manuel Inostroza Palma

Académico de la Universidad Andrés Bello, Chile
[5]

Dr. Jorge Lastra Torres

Presidente de la Sociedad Chilena de Administradores de Atención Médica
y Hospitalaria
[27]

Dr. Rafael Lozano Ascencio

Director General Adjunto del Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
Instituto Nacional de Salud Pública
[20]

Dra. Verónica Malo Guzmán

Directora de Políticas Públicas del Centro de Estudios Espinosa Yglesias
[7]

Dr. Kedar Mate

Vicepresidente ejecutivo del Institute for Healthcare Improvement, USA
[23]

Dr. José Meljem Moctezuma
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
[4]

Dr. Francesc Moreu
Presidente del Consejo Asesor de Planificación Sanitaria de Cataluña
[24, 28]

Dr. Wolfgang Munar Angulo
Senior Scholar, Washington University in St. Louis
[21]

Dr. Gustavo Nigenda López
Instituto Nacional de Salud Pública
[15]

Econom. Claudia Pescetto
Asesora en Financiamiento y Economía de la Salud, OPS/OMS/WDC
[8]

Dr. Carlos Rosales
Asesor Regional de Recursos Humanos en Salud para la Atención Primaria
de la Salud OPS/OMS Panamá
[10, 29]

Dr. Leobardo Ruiz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General
[3]

Dr. Melchor Sánchez Mendiola
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
[14]

Dr. Javier Santacruz Varela
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, IMSS
[16]

Dr. John Scott Andretta
Académico, Centro de Investigación y Desarrollo Económico
[19]

CONTENIDO

Presentación	XIII
Introducción	XV
Sección 1: Calidad individual y calidad de sistemas.....	1
1. De la calidad individual a la calidad de los sistemas	3
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	
Sección 2: Arreglos regulatorios: gobernanza y rectoría	9
2. Gestión de la salud pública en México: regulación sanitaria	11
<i>Mikel Andoni Arriola Peñalosa</i>	
3. El rol del Consejo de Salubridad General en la gobernanza y la rectoría	15
<i>Leobardo Ruiz Pérez</i>	
4. La perspectiva de la Conamed respecto a la rectoría como palanca para la calidad	17
<i>José Meljem Moctezuma</i>	
5. Los arreglos regulatorios del Sistema de Salud Chileno desde la perspectiva de las lecciones aprendidas	21
<i>Manuel Inostroza Palma</i>	
Sección 3: Financiamiento estratégico	25
6. El financiamiento como palanca para la calidad en el Sistema de Salud	27
<i>Antonio Chemor Ruiz</i>	
7. La Hacienda Pública y la sustentabilidad del Sistema de Salud	31
<i>Verónica Malo Guzmán</i>	
8. El rol del financiamiento en la cobertura universal y la equidad	33
<i>Claudia Pescetto</i>	
9. La fragmentación y su relación con la eficiencia y la equidad en salud	35
<i>Cristian Baeza</i>	

Sección 4: Organización de los servicios	39
10. Elementos esenciales del modelo de atención para maximizar la calidad en salud	41
<i>Carlos Rosales</i>	
11. Elementos esenciales en la implementación del modelo de atención	45
<i>Luis Durán Arenas</i>	
12. Organización de los servicios de atención primaria en salud en el IMSS	47
<i>Víctor Hugo Borja Aburto</i>	
13. Caminando hacia un sistema universal de salud	49
<i>Antonio Heras Gómez</i>	
Sección 5: Recursos para el modelo de atención	51
14. La seguridad del paciente: retos educativos	53
<i>Melchor Sánchez Mendiola</i>	
15. Recursos humanos para la salud	55
<i>Gustavo Nigenda López</i>	
16. Recursos para el modelo de atención a la salud	59
<i>Javier Santacruz Varela</i>	
17. Tecnologías para la salud como recurso para el modelo de atención	63
<i>María Luisa González Rétiz</i>	
Sección 6: Evaluación del desempeño en salud	65
18. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud	67
<i>Gonzalo Hernández Licona</i>	
19. Evaluación de desempeño en salud más allá de la cobertura y la protección financiera	71
<i>John Scott Andretta</i>	
20. Medición del desempeño del Sistema de Salud de México: preparándonos para dar seguimiento a los compromisos adquiridos	73
<i>Rafael Lozano Ascencio</i>	
21. La evaluación del desempeño y el apalancamiento de mejoras en la calidad de la política sanitaria	77
<i>Wolfgang Munar Angulo</i>	
Sección 7: Competencias para el cambio	81
22. Las políticas de salud y los elementos necesarios para el cambio	83
<i>Eduardo González Pier</i>	

23. Creación del cambio a gran escala	87
<i>Kedar Mate</i>	
24. ¿Cómo gestionar el cambio para la mejora de la calidad en el sistema?	93
<i>Francesc Moreu</i>	
25. Competencias para el cambio: la dimensión humana	97
<i>Julio Frenk Mora</i>	
Sección 8: Gestión de excelencia para la calidad en salud	103
26. Las reformas del Sistema Nacional de Salud hacia la calidad universal	105
<i>Eduardo González Pier</i>	
27. La gobernanza como palanca para la gestión de excelencia .	113
<i>Jorge Lastra Torres</i>	
28. El aseguramiento y la gestión de excelencia	117
<i>Francesc Moreu</i>	
29. La crisis del modelo de atención para la salud: problemas de calidad	121
<i>Carlos Rosales</i>	
30. Gestión del cambio para la calidad	123
<i>Andreína González Etedgui</i>	
31. Aprendizajes en la gestión de excelencia en los Sistemas de Salud	125
<i>Oswaldo Artaza Barrios</i>	
Sección 9: Conclusiones	127
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	

PRESENTACIÓN

XIII

La Academia Nacional de Medicina de México celebra este año un hito en su historia y en el devenir de la medicina mexicana al cumplir ciento cincuenta años de fructífera y exitosa trayectoria desde su fundación. Por ello, la Mesa Directiva de nuestra Corporación ha considerado indispensable dejar testimonios fehacientes de lo que hoy constituye el estado del arte en torno a múltiples temas médicos. Esta publicación forma parte de una colección editorial de aniversario, de la que este libro, junto con otros, constituyen la subcolección de estados del arte de la Medicina que la Academia edita para conmemorar este sesquicentenario. La colección completa incluye no solamente la presentación de lo que hoy sabemos, como esta obra, sino también de lo que hemos sido, de lo que suponemos podrá ser el futuro y de lo que pensamos como científicos y humanistas en este 2014.

El propósito de estos análisis sobre el estado del arte es doble. Por supuesto, esperamos que se conviertan en un punto de referencia presente que contribuya a la actualización de los médicos en un buen número de temas de nuestro ámbito de conocimiento. Además, estamos seguros de que, con el paso de los años, los textos de la subcolección Estado del Arte deberán de convertirse también en una obra clásica que dé cuenta de lo que hoy creemos saber y que pronto se convertirá en historia, continuación de la misma que hoy celebramos con entusiasmo y agradecimiento, cuando miramos atrás y descubrimos la riqueza que sustenta nuestra sólida y entrañable tradición.

Enrique Ruelas Barajas

Presidente

INTRODUCCIÓN

La Academia Nacional de Medicina organizó un seminario internacional en 2013 para responder a una solicitud expresa de la Secretaría de Salud de apoyar el diseño de una siguiente etapa de la estrategia para mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud en el país que se implantó desde 2001 con el nombre de “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” y que, con algunos cambios, se denominó “SI Calidad” a partir de 2007. Con tal propósito convergieron las instituciones de seguridad social y la Secretaría con la Academia, y se invitó a participar al Institute for Healthcare Improvement de Estados Unidos para obtener una perspectiva internacional sobre el estado del arte que permitiera ofrecer propuestas concretas para dar el siguiente paso, tanto en la atención a comunidades como en la atención hospitalaria y en la vinculación entre ambas. El espectro de esta reunión incluyó la calidad de la atención de padecimientos crónicos y de problemas característicos del rezago epidemiológico. El Documento de Postura de la Academia Nacional de Medicina denominado *Calidad y seguridad, hacia la salud de poblaciones* ha sido publicado en esta colección de aniversario.

Unos meses después de aquel primer seminario se hizo evidente la necesidad de avanzar. En esta ocasión de la mano de la Organización Panamericana de la Salud, con la participación de las instituciones nacionales, y nuevamente con la presencia de expertos extranjeros, invitados tanto por la Academia como por la OPS, la perspectiva fue diferente. Ahora se trató de avanzar a través del estudio de los principales factores que determinan la calidad de los sistemas de salud como un todo, y no sólo de sus unidades de servicio. De esta manera se propuso analizar “palancas” que permitiesen orientar a los sistemas hacia la calidad: regulación, gobernanza y rectoría, financiamiento estratégico, organización de los servicios,

recursos, evaluación del desempeño, competencias para el cambio y gestión.

Como el lector podrá constatar en este texto, los temas y el tratamiento de los mismos son por demás interesantes, aunque salta a la vista que aún no es fácil que los responsables de estas “palancas” enfoquen por completo sus perspectivas para mejorar la calidad del sistema. Además, es evidente que la preocupación se centra en las descripciones de situaciones imperantes y poco se profundiza en propuestas concretas. Las razones de ello ameritan un análisis y un mayor esfuerzo para avanzar en la dirección deseada a partir de lo que aquí se ha observado. El resultado de este segundo seminario *Las Palancas para mejorar la Calidad de la Atención* es en ese sentido ilustrativo y enriquecedor, pues deberá permitir que la Academia, como Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal, continúe ahondando en el tema para contribuir en esta línea de estudio al diseño e implantación de políticas públicas para mejorar la calidad de la atención médica y del sistema en su conjunto.

Es importante señalar que este evento internacional, realizado en 2014, se integró con el Foro Nacional de Calidad que organiza cada año la Secretaría de Salud, con lo cual se amplió el alcance del acontecimiento y se fortaleció el vínculo de la Academia con la Secretaría y con la Organización Panamericana de la Salud.

CALIDAD INDIVIDUAL Y CALIDAD DE LOS SISTEMAS

S1

DE LA CALIDAD INDIVIDUAL A LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS

Enrique Ruelas Barajas

1

3

Uno de los propósitos de mi exposición será ampliar la visión de la calidad individual hacia la calidad de los sistemas. En este evento el enfoque será identificar las palancas de la calidad no sólo para organizaciones específicas, sino también las palancas para impulsar la calidad en todo el sistema. En México nos empezamos a dar cuenta de la importancia de esto desde hace 13 años, sin embargo uno aprende mientras camina, avanza y se trata de explicar lo que ocurre, se generan nuevos campos de referencia y entonces se madura para dar una mejor explicación. Por lo tanto, el propósito de esta presentación es enmarcar toda la secuencia de sesiones en este evento organizado por la Academia Nacional de Medicina en conjunto con la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, las instituciones del sector público y el sector privado. Amplificar, enmarcar y ubicar serán los tres objetivos que perseguiré el día de hoy.

Antes de comenzar, debo reconocer el placer que ha significado colaborar con el doctor González Pier y el doctor García Saisó, y reconocer el esfuerzo que han hecho para incorporar a personas expertas en el campo de la calidad. De igual manera ha sido muy grato trabajar en conjunto con el doctor Osvaldo Artaza en la concepción de esta reunión.

A nombre de la Academia Nacional de Medicina quiero agradecer a quienes aceptaron nuestra invitación, mexicanos y no mexicanos: Wolfgang Munar, Rafael Lozano, Julio Frenk y Kedar Mate. Mi agradecimiento a todos. Permítanme proponerles cinco mensajes:

1. *Una declaración no es suficiente*
2. *El concepto de calidad se expande*
3. *La suma de las calidades individuales no equivale a la calidad del sistema*

4. Para lograr calidad del sistema se requieren palancas sistémicas
5. Para articular las palancas se requiere una estrategia sistémica

¿Cuál es esa declaración inicial? En la 154ª sesión del Comité Ejecutivo OPS/OMS, llevada a cabo el 12 de mayo de 2014, respecto a la estrategia para lograr la cobertura universal de la salud, se declaró que “la cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de la vida, con calidad y sin dificultades financieras...” se asume que la calidad existe. Qué bueno que se confíe en esto, pero esa confianza es excesiva, ya que si se abre la puerta a servicios que no tienen calidad adecuada el riesgo se amplifica en la medida en que se amplifica el acceso. Entonces, se debe pensar qué hacer para que esa cobertura universal sea responsable.

4

Por otra parte, el concepto de calidad se ha expandido. Hemos estado enfocados en procesos clínicos en organizaciones donde se dan estos procesos. Ahí es donde desde 1920 hemos estado enfocados, pero la historia empezó a cambiar cuando nos dimos cuenta que también se debía poner atención en la calidad de la promoción y la prevención, la continuidad de la atención, los pacientes crónicos y la comunidades. Entonces ya no podemos hablar sólo de calidad de la atención médica, sino de calidad en los sistemas (Figura 1.1).

La suma de las calidades individuales no equivale a la calidad del sistema. La teoría de sistemas dice que “el todo es más que la suma de las partes”. La suma de un buen hospital, más otro buen hospital, más otro buen hospital, no asegura la continuidad de la

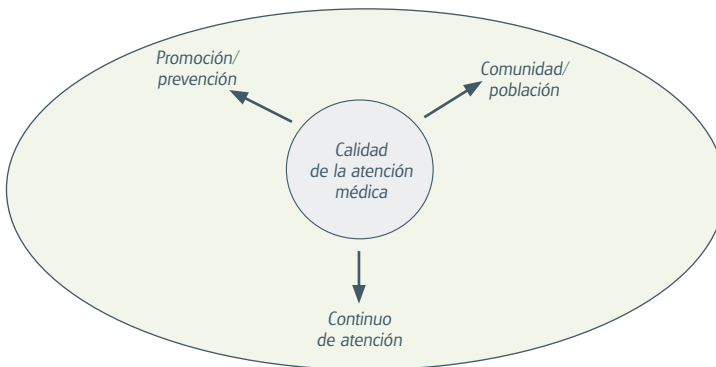


Figura 1.1. Calidad del sistema.

Fuente: Cortesía de Dr. Enrique Ruelas Barajas.

atención con calidad. Por lo tanto, ¿qué caracteriza a la calidad del sistema? Si las variaciones existen, y los individuos y los criterios varían, cuando esto se amplifica entonces nos damos cuenta de la gran variación que existe no sólo a nivel individual sino en la variación organizacional. Veamos algunas diferencias en la calidad individual y la calidad del sistema.

En la calidad de la atención médica individual la unidad de servicio la forman los profesionales en el entorno organizacional, mientras que en la calidad del sistema la forma el propio sistema. Los incentivos son comunes cuando se habla de la calidad individual, mientras que para el sistema los incentivos varían entre una organización y otra. En cuanto al marco normativo, es muy diferente hablar de lo sistémico y lo organizacional. De igual manera, a nivel individual se habla de políticas organizacionales mientras que para mejorar el sistema es necesario el abordaje de las políticas públicas.

No obstante, es imposible lograr la calidad del sistema sin lograr las calidades individuales, por lo que se concluye que el esfuerzo de cada uno sin un marco más amplio se dispersa, y por lo tanto es indispensable entender los dos polos.

Para lograr la calidad del sistema se necesitan palancas sistémicas. Los ejes de la cobertura universal son: población cubierta, servicios proporcionados y costos. Pero, ¿cómo logramos que esa cobertura universal de salud sea de calidad? Es aquí donde la única manera de lograr la cobertura universal en verdad efectiva es al establecer una estrategia sistémica que permita articular todo lo anterior (Figura 1.2).

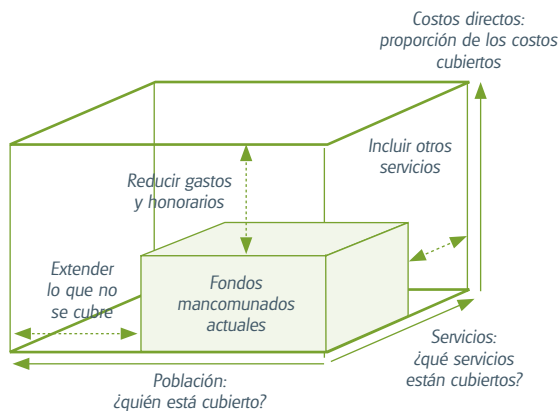


Figura 1.2. Cobertura universal en salud.

Fuente: World Health Organization and Buse, Schreyögg & Gericke.

Para articular todas las palancas se necesita una estrategia sistémica, entender que cuando hablamos de un sistema éste incluye diversos niveles, una pirámide en la que no se trata de crear elementos estancos, pues la nitidez de la imagen no es dada por los niveles sino por la articulación, y para ello se requiere construir bloques estratégicos. Por consiguiente, *primero necesitamos definir calidad*. ¿Cómo podemos dirigir a un grupo enorme de profesionales si no definimos calidad? Saber qué significa la calidad para los profesionales es esencial, al igual que es necesario definir el liderazgo formal, preguntarnos qué estructuras hay que crear. Asimismo es importante definir el marco ético, ya que no hay calidad sin un marco ético, pues no hay calidad sin valores. *Segundo, la configuración*, es decir, configurar una regulación racional, los estándares, la organización, la evaluación. *Tercero, los recursos*; pensar en el financiamiento como incentivo y en el financiamiento específico para la calidad, entre otras cosas para fomentar competencias profesionales. *Cuarto, la implementación*, ejecutar para el cambio, no sólo para hacer sino para aplicar la ciencia de la calidad, es decir, demostrar que aquello que se hace para mejorar es funcional y que es escalable para alcanzar a todo el sistema. No basta evaluar, no basta querer cambiar, pues implica mejorar de forma continua y hay que saber cómo hacerlo.

En resumen, una declaración no es suficiente, es necesario hacer explícito lo que se llevará a cabo para que la cobertura sea efectiva y eso sólo se logra al otorgar servicios de calidad. El concepto de calidad se expande, pues ya no sólo se trata de calidad de la atención médica, sino de calidad de atención de la salud. La suma de las calidades individuales no equivale a la calidad del sistema, aunque es necesario reconocer que lo inverso tampoco es posible, es decir, sin las calidades individuales es imposible lograr calidad en el sistema. Para lograr calidad del sistema se requieren palancas sistémicas y articularlas requiere el diseño de una estrategia sistémica.

Ahora estamos hablando de “crear salud”, de salutogénesis, no de cómo se evita la enfermedad, sino de cómo se crea la salud. Entonces es cuando se comienza a comprender que la calidad se expande, por ello ¿por qué no hablar de **cobertura de calidad universal**? Esto a su vez significa comprender no sólo la dimensión técnica y científica de la calidad sino también la dimensión más humana de ésta. Por ello, concluyo con una frase que dije hace unos meses en la sesión conmemorativa del sesquicentenario de la fundación de la Academia Nacional de Medicina, pero que ahora adapto y enfoco en quienes nos dedicamos a tratar de mejorar la calidad:

“Colegas en y por la calidad: hemos de continuar fomentando un mundo mejor, una mejor salud, una mejor calidad del sistema, una mejor calidad de la vida. Para ello si algún día el arte de la medicina debe ser cada vez más una ciencia, también habrá que lograr que esa ciencia tenga cada vez más el virtuosismo del arte. Por eso, ante los embates de un mundo nuevo tal vez debamos pensar desde ahora en la formación de jóvenes profesionales de la salud que aprendan a sentir más con el cerebro y a pensar más con el corazón, para que así sus sentimientos sean más racionales y sus pensamientos aún más humanos...”

ARREGLOS REGULATORIOS: GOBERNANZA Y RECTORÍA

S2

GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO: REGULACIÓN SANITARIA

Mikel Andoni Arriola Peñalosa

2

11

Hablemos de los aspectos institucionales y los mecanismos clave para fortalecer los mecanismos regulatorios de modo que se impulse la calidad en el sistema, ya que la salud es un factor inherente al bienestar de la población y determinante de la productividad del trabajo, por lo que tiene una influencia en el desarrollo de la economía del país.

El valor estimado del mercado en México alcanzó en 2012 alrededor de 171 543 millones de pesos, por lo que se ubicó entre los 15 principales mercados a nivel mundial y en segundo lugar de Latinoamérica; asimismo ocupa el lugar 11 dentro de los 15 principales mercados internacionales. En el periodo 2005-2012 la tasa media de crecimiento anual del mercado farmacéutico fue de 4.7%, lo que habla de una fuerte consolidación de la industria.¹ El mercado mexicano es predominantemente de consumo interno en el que las exportaciones representan sólo 14% del valor de la producción. En este sentido, las exportaciones tuvieron un crecimiento de 39% en el periodo antes mencionado, mientras las importaciones presentaron una tasa de crecimiento de 79% durante el mismo.² Respecto a la política farmacéutica, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) ha hecho tres recomendaciones en la materia:

- *Reducir la injerencia de empresas monopólicas o mercados altamente oligopólicos*
- *Incrementar la competencia a través de la liberación de genéricos*

¹ INEGI 2011 / CANIFARMA 2012.

² INEGI 2013.

- *Eliminar el requisito de tener una planta productora en territorio nacional para la fabricación y la venta de medicamentos*

Por tanto, la política farmacéutica debe tener como prioridad ampliar el acceso de la población a los medicamentos. La Cofepris y la FDA de Estados Unidos convocaron a los titulares de las agencias sanitarias asistentes a la plenaria de la Asamblea Mundial para llevar a cabo un panel de discusión que apoye la resolución 134.R17 “Fortalecimiento de los Sistemas Regulatorios”, la cual se desarrolló el 21 de mayo pasado.

Con este tipo de mecanismos México ha logrado fortalecer las capacidades de Cofepris tanto en OMS como en OPS. Esta resolución fue aprobada por los diversos países en el marco de la 67 Asamblea Mundial de la Salud, y es relevante para que los países miembros de la OMS reconozcan de forma mutua sus fortalezas regulatorias en medicamentos y generen acciones de cooperación. En este sentido, la resolución se suma a los esfuerzos de armonización regulatoria en los que México es líder en la región.

La política farmacéutica está alineada con las tres prioridades en salud establecidas por el Gobierno de la República: acceso efectivo, calidad en el servicio y prevención. Para cumplir con esto la política farmacéutica descansa en cuatro ejes fundamentales:

1. *Un ente **regulatorio que garantice la seguridad, la calidad y la eficacia** de los medicamentos*
2. *Un esquema solvente de **autorización de registros sanitarios***
3. ***La eliminación de las barreras de entrada al mercado a productos que son seguros, de calidad y eficaces***
4. *La homologación del regulador con las mejores prácticas internacionales*

La Cofepris inició desde marzo de 2011 un programa integral que garantiza tanto la protección contra riesgos sanitarios como la competitividad industrial a partir de cuatro vertientes de trabajo, además de las actividades de operación sanitaria:

- I. ***Reducción del rezago de trámites de autorización de registros sanitarios***
- II. ***Perfeccionamiento del marco normativo para eliminar barreras de entrada al mercado***
- III. ***Desregulación y mejora organizacional basada en la modernización de procesos y la desregulación de trámites con un enfoque de riesgos***
- IV. ***Homologación internacional conforme a las mejores prácticas internacionales***

V. **Operación sanitaria** basada en estrategias de vigilancia con información de inteligencia en busca de desarticular elementos clave para la informalidad

Dentro de los avances para mejorar la accesibilidad y la innovación para la salud se encontró que en octubre de 2011 sólo existían 31 medicamentos que monopolizaban los tratamientos para curar 71% de las causas de muerte. Hoy existen 318 opciones terapéuticas para enfrentar las principales causas de mortalidad en la población mexicana. Por otro lado, entre marzo de 2011 y agosto de 2014 se han otorgado 133 registros de medicamentos innovadores que atienden 20 clases terapéuticas distintas, las cuales representan 73% de las causas de muerte en la población mexicana. En 2010 cerca de 30% del valor del mercado de medicamentos correspondía a genéricos, mientras que para 2012 esta cifra ascendió a casi 52%, lo que representa un crecimiento de **77%** en sólo 2 años. En 2010 los medicamentos genéricos representaban 54% del volumen de mercado mientras que para 2012 representaron 84% del mercado de medicamentos en México, lo que significa un crecimiento de **56%** en el periodo 2010-2012.

Derivado del seguimiento de la política farmacéutica de la SSa, México avanzó dos lugares en el gasto en medicamentos como porcentaje del gasto total en salud, que pasó de 28.3% en 2010 a 27.1% en 2011. Asimismo, esta política del Gobierno de la República ha coadyuvado a reducir el gasto de bolsillo en nuestro país. Entre 2011 y 2012 el gasto de bolsillo en México pasó de 46.5 a 44% del gasto total en salud.

EL ROL DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL EN LA GOBERNANZA Y LA RECTORÍA

Leobardo Ruiz Pérez

3

15

En el marco del Tratado de Libre Comercio se comenzó a comprender la importancia de contar con un sistema de certificación de hospitales. Entonces se creó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales y el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, que cuenta con los siguientes programas:

- *Certificación de establecimientos de atención médica*
- *Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad, homologados con Joint Commission y adaptados a las necesidades del país*
- *Fortalecimiento permanente de los auditores*
- *Información, transparencia, difusión y promoción*

El Programa de Certificación que en un origen sólo incluía a hospitales se extendió a unidades médicas ambulatorias, hospitales psiquiátricos, así como unidades de rehabilitación y hemodiálisis.

En la 2ª Sesión Ordinaria 2007 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, llevada a cabo el 28 de junio de 2007, se acordó que éste dejaría de llamarse Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y que en adelante se denominaría Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el cual tiene el objetivo de *“Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios y la seguridad que se brinda a los pacientes, de manera que le permita a las instituciones participantes mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno”*.

Otra de las responsabilidades del Consejo de Salubridad General es analizar y definir, en conjunto con la Comisión para la Protección Social en Salud, los medicamentos y los procedimientos asociados con los gastos catastróficos, de tal manera que en la actualidad se tiene un catálogo de 10 categorías con diversas patologías de co-

bertura, que da como resultado 94 protocolos de atención técnica que promueven la estandarización en los procesos de atención.

En este sentido la misión del Consejo de Salubridad General es emitir disposiciones de carácter obligatorio en materia de Salubridad General en todo el país mediante la definición de prioridades, la expedición de acuerdos y la formulación de opiniones al Poder Ejecutivo Federal para fortalecer la rectoría y la articulación del Sistema Nacional de Salud hacia el cabal cumplimiento del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Su visión es avanzar en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo del país y consolidar su carácter de autoridad sanitaria al favorecer la integración y la universalidad del sistema de salud mediante sus funciones normativas, consultivas y ejecutivas. Asimismo, **coadyuvar en el logro de la calidad de los servicios** otorgados en las instituciones de salud a través de la actualización y la vanguardia en los procesos de *certificación, integración de cuadros básicos de medicamentos y de tecnologías, así como la emisión de opiniones o acuerdos favorecedores de políticas sociales incluyentes, basadas en evidencias científicas.*

LA PERSPECTIVA DE LA CONAMED RESPECTO A LA RECTORÍA COMO PALANCA PARA LA CALIDAD

José Meljem Moctezuma

4

17

La rectoría implica relaciones de mando y tener en su ejercicio rumbo y destino. Para ejercerla en cualquier materia se requiere contar con atribuciones e instrumentos que sólo la ley puede conceder. Si bien el término rectoría no se encuentra en el marco de la ley, sí lo están los elementos que la componen como la planeación, la conducción, la coordinación, la orientación, la regulación y el fomento, pero no los instrumentos para operarla.

Bajo estos conceptos parecería que la rectoría formalmente se encuentra atribuida a la Secretaría de Salud, sin embargo lo relativo a esta atribución presenta limitantes; la principal consiste en que la Secretaría de Salud tiene atribuciones de mando sólo sobre las unidades médicas que conforman el sector central, ya sea como unidades administrativas o como órganos desconcentrados. Con las unidades paraestatales que forman parte del sector salud, es decir, los Hospitales Federales de Referencia, los Regionales de Alta Especialidad y los Institutos Nacionales de Salud, las relaciones son de coordinación. Con las Instituciones de Seguridad Social que no están sectorizadas sus atribuciones también son de coordinación, aunque sin incidir en su operación.

Como puede advertirse, la Secretaría de Salud cuenta con las atribuciones para dirigir las políticas de salud de las unidades que tiene bajo su coordinación, pero no respecto a las Instituciones de Seguridad Social. Con la descentralización de los servicios de las unidades federativas la conducción de la Secretaría también se limita a la coordinación. Respecto al Sistema de Protección Social en Salud, aunque la Ley General de Salud hace referencia a la función rectora de la Secretaría, no le otorga de manera expresa la función para ejercerla. En esta referencia está dirigida a construir, administrar y verificar el suministro puntual de la previsión presupuestal que permita atender las diferencias imprevistas en la demanda de servicios.

Hoy en día se cuenta con dos instancias públicas de salud, el Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salubridad General. Sin embargo tampoco se da rectoría en estas instancias, puesto que mientras las funciones del Consejo Nacional de Salud consisten en recomendaciones, opiniones y emisión de propuestas, las del Consejo de Salubridad General son normativas sólo con respecto a la materia de regulación sanitaria y en las demás funciones predominan las acciones consultivas, de propuestas y opiniones. Bajo este entorno puede señalarse que la rectoría la ejerce la Secretaría sólo en el ámbito de la regulación, siendo ésta la función típica de la rectoría. En la regulación están contenidas la emisión de las normas jurídicas y el control sanitario.

Por otro lado, la prestación de los servicios de salud presenta dos vertientes principales: la de garantizar el acceso a los servicios y la regulación y el control para asegurar que éstos se presten de forma adecuada y cuya responsabilidad de cumplimiento corresponde a la Secretaría de Salud.

La regulación sanitaria tiene que ver con las condiciones de los servicios donde se presta atención de salud, mientras que la calidad se ha considerado como un atributo que da valor a los servicios y no como una responsabilidad de las instituciones de salud frente a los pacientes. Ello ha propiciado que en los últimos años se haya puesto énfasis en la búsqueda de la calidad de los servicios de salud, tal como lo demostró la Cruzada Nacional por la Calidad en Salud, el SICALIDAD y el Programa por la Calidad Efectiva en Salud, sin embargo estos programas se enfocan básicamente en promover la cultura de la calidad a través de programas específicos y el otorgamiento de premios y estímulos que no necesariamente responden a la realidad. Asimismo se presentan los procedimientos de acreditación para asegurar el financiamiento a través de los dictámenes favorables, sin embargo cuando el recurso no se presenta no se otorga el servicio, lo cual genera un círculo vicioso que rompe con la accesibilidad.

Hasta aquí puede señalarse que hay rectoría en el ejercicio de la regulación, pero en la práctica no se ha dado la conducción, por lo que el sistema oscila entre parámetros de estandarización internacional y huecos en el quehacer cotidiano de la práctica profesional. Es aquí entonces donde la regulación es un elemento indispensable que puede ser un contribuyente. La calidad de los servicios de salud y la regulación sanitaria se encuentran vinculados en gran medida; no es posible prestar servicios con calidad si no se cuenta con instalaciones que garanticen el buen ejercicio de la práctica médica que tengan lo necesario para llevarla a buen término.

Otro ingrediente que juega un papel importante en la calidad de los servicios es el denominado “modelo de atención a la salud”. En este aspecto el país ha transitado por varios modelos sin que éstos alcancen a satisfacer las necesidades de las poblaciones, incluso sin haberse logrado la consolidación de ellos. Uno de éstos, el “modelo para la atención de la población abierta”, enfrentó por lo menos dos dificultades para consolidarse: la insuficiencia de recursos humanos y materiales, y la coexistencia obligada con otros modelos de instituciones hermanas.

En el proceso de descentralización, con la creación de los Servicios Estatales de Salud, aparecieron nuevos modelos de atención en el ámbito de las Entidades Federativas haciendo uso de su soberanía. Otro es el caso del Modelo Integrado para la Atención a la Salud, basado en redes de servicios, en lugar de un modelo escalonado por los diversos niveles de atención.

Otro elemento de capital importancia son las denominadas quejas médicas, cuya información provee los elementos para encontrar aquellos que están fallando durante los procesos de atención, lo que permite analizar y generar recomendaciones para mejorar la calidad. Por lo tanto, como palancas para la mejora de la calidad en salud se podrían reconocer a la regulación como un instrumento de la rectoría, al modelo de atención en salud y al análisis integral de la queja médica.

LOS ARREGLOS REGULATORIOS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

desde la perspectiva de las lecciones aprendidas

Manuel Inostroza Palma

5

21

En particular en el sistema de salud chileno los problemas de inequidad se asocian no sólo con el financiamiento sino con la heterogeneidad en la entrega de los servicios, lo que redundará en una población insatisfecha no sólo respecto a la calidad percibida sino también en cuanto a la calidad técnica.

En este contexto, nuestro sistema de salud probablemente tenga una ventaja en comparación con el sistema mexicano. Si bien tiene dos grandes componentes poblacionales (grupos de riesgo), el gran seguro público chileno casi engloba a 77 a 78% de la población, al tener fusionado lo que en México representa al Seguro Popular y el IMSS, además de un sistema de aseguramiento privado, las ISAPREs, que son entidades que captan la cotización obligatoria previsional de salud de los trabajadores que han optado por afiliarse al sistema privado.

Las ISAPREs otorgan servicios de financiamiento de prestaciones de salud a 18% de la población en Chile. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones, mientras que las prestaciones de salud se entregan a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPREs.

Dentro de las reformas que se han planteado a través de los años en Chile se ha tratado de enfocar las reformas hacia el “pluralismo estructurado” (Frenk y Londoño) en busca de regulaciones transversales. De aquí nace el plan AUGE, un plan garantizado de calidad que cubre 80 intervenciones específicas que representa 60% de la carga de enfermedad de la población chilena, mientras que se busca la regulación de los establecimientos mediante sistemas de acreditación y certificación.

El desafío con el que Chile se ve enfrentado es sobre cómo estrechar las diferencias que se producen entre el aseguramiento público y el privado.

¿Cuál es este marco regulatorio de calidad en el contexto de las reformas del sistema de salud chileno? El plan AUGE se basa en un modelo de garantías de salud, a saber: en el acceso, en la oportunidad, en la protección financiera y en la calidad. Esta última *garantía de calidad* tiene dos dimensiones: 1) la seguridad de la atención, que tiene que ver con los procedimientos y estándares adecuados para evitar riesgos y daños innecesarios, y 2) las competencias para la atención de la salud.

El plan AUGE define como Garantía explícita de calidad al

“otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador certificado o acreditado registrado, de acuerdo a la Ley 19.937, en la forma y las condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11”,

mientras que la vigencia de la Garantía de Calidad refiere que

“la garantía explícita de calidad será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, conforme a lo dispuesto en la Ley 19.937”.

Por lo tanto, la certificación y la acreditación generan un bien público del cual dependen los derechos y las garantías sociales explícitas.

Para que esta garantía sea aplicable es necesario contar con la cobertura de acreditación de 100%, mientras tanto queda a disposición política y social el hacer realidad dicha garantía. Entonces la política pública de regulación en Chile está orientada a la acreditación y la regulación.

Desde que el marco legal existe (2004) se han ido corriendo los plazos para el cumplimiento. Se fijó que para el año 2013 todo profesional debería estar certificado y registrado (médicos, dentistas, matronas, enfermeros, tecnólogos médicos, kinesiólogos, auxiliares técnicos), de tal manera que es un requisito indispensable contar con dicha certificación para que los profesionales presenten sus servicios a la población asegurada por el plan AUGE. En la actualidad 98% de los profesionales está certificado.

En el caso del proceso de acreditación, éste ha sido más complejo y existe un listado de entre 19 y 22 instancias públicas y privadas que se forman y registran como acreditadoras. La acreditación está conformada por 16 estándares generales, de los cuales existen criterios indispensables. El proceso ha sido muy lento pero permanente.

En el año 2009, al inicio de la estrategia, sólo un establecimiento se inscribió al proceso. En el 2010 fueron 11 unidades médicas. Para el 2014 hay 139 instituciones inscritas al proceso de acreditación, de las cuales 102 han obtenido el dictamen de acreditación positivo, lo que indica que uno de cada cuatro establecimientos no aprueba el proceso de acreditación, y esto representa 4.2% del total de los establecimientos de salud.

Las lecciones aprendidas para Chile son las siguientes:

- *Es fundamental definir la estructura regulatoria, es decir, cuál es o será el rol que juega el Ministerio de Salud o las estructuras privadas o externas, ya que el órgano que regula no puede ser al mismo tiempo el impulsor y el que acompaña, porque si regula y fiscaliza no puede ser juez y parte; por lo tanto, le corresponde al Ministerio de Salud una voluntad política explícita para definir quién desarrolla el rol de acompañamiento*
- *Por razones de equidad regulatoria se debe hacer un ajuste entre las metas de acreditación con las metas de inversión y de infraestructura en salud, esto porque el punto previo para autorizar el proceso de acreditación es la autorización sanitaria, de tal manera que los estándares de normalización orientada a la autorización sanitaria debe ser el punto de arranque para la acreditación. Si no se transparenta esta primer meta difícilmente se obtendrá la puesta en marcha de una meta real para la acreditación*
- *La fijación y la actualización de estándares debe ser un ejercicio a conciencia con una periodicidad de por lo menos cada 5 años, por lo tanto es necesario proponer un mecanismo de actualización de estándares generales y elaboración de estándares específicos para perfeccionar el proceso de acreditación, de lo contrario la mejora continua de la calidad no es real*
- *Más que solo un check list de papeles, se requiere un cambio cultural a través de un modelo de valor público y de gestión de calidad, es decir, plantearse qué más hacer para los que ya lograron la meta. Entonces es necesario pensar en otras herramientas o modelos que fomenten la mejora continua y la competitividad, por ejemplo, Six sigma, modelo Malcolm Baldrige, entre otras opciones*
- *Medir es clave, lo que no se mide no se puede mejorar*
- *Si no hay gobernanza adecuada en la estructura regulatoria la calidad no es alcanzable*

FINANCIAMIENTO ESTRATÉGICO

S3

EL FINANCIAMIENTO COMO PALANCA PARA LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Antonio Chemor Ruiz

6

27

El Sistema de Protección Social en Salud es un mecanismo financiero que asegura el acceso a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y en general de salud para satisfacer la demanda de atención de las personas que no cuentan con un sistema de seguridad social. Este sistema fue creado en el 2004 y es un organismo descentralizado.

A partir de 2009 cambió de la afiliación familiar a la afiliación personal. Se calculó que 3.92% del salario mínimo del Distrito Federal iba a ser lo que se denomina “cuota social” y 1.5 veces de esa cuota social lo que se conoce como “aportación solidaria federal”; esto se sumó a la aportación solidaria estatal (0.5 veces de la cuota social). Es decir, es un sistema de financiamiento tripartita donde dos partes la conforman las aportaciones federales; al sumar todo esto, 89% se transfiere a los Estados según la afiliación y la cápita. Estos recursos se utilizan para funciones de los sistemas estatales de salud, fundamentalmente para el CAUSES. El 8% se destina a la cobertura para los Fondos Contra Gastos Catastróficos, y 3% al Fondo de Previsión Presupuestal, el cual se deriva para Infraestructura en Salud (2%) y para Demanda Imprevista (1%). En caso de no ser utilizado, este fondo para demanda se suma a 8% de Gastos Catastróficos.

En cuanto al desglose por persona, \$473.00 es la aportación solidaria estatal, \$1 421.00 es la aportación federal y \$947.00 es la Cuota Social. Dicho en otras palabras, por cada peso de aportación solidaria estatal, el Gobierno de la República aporta \$5.00. Para 2014, la cápita fue de \$2 843.40 por cada mexicano afiliado, por lo que entonces \$2 530.62 se transfiere a los estados por cada afiliado.

El Anexo I es el Catálogo CAUSES; el Anexo II es la meta de afiliación que se actualiza año con año; mientras que el Anexo III define los recursos líquidos que se transfieren a los estados; y el

anexo IV especifica los rubros y los topes para gasto. La distribución de los recursos transferidos, a través del Anexo IV, define cuatro reglas:

- a. *Hasta 40% se destina a remuneración del personal*
- b. *Hasta 30% se asigna a compra de medicamentos*
- c. *Al menos 20% se reserva a acciones de promoción, prevención y detección oportuna contenidos en el CAUSES y FPCGC*
- d. *Hasta 6% se destina para gasto operativo y pago a personal del REPS*

El anexo IV define que hasta 4% podría gastarse en otros rubros imprevistos, pero siempre orientados en los servicios de atención a la persona.

Desde el año 2004 la cantidad de afiliación ha ido en crecimiento de hasta más de 10 veces, la cual comenzó en 5.3 millones y en la actualidad está en 57.3 millones de personas afiliadas.

Respecto a los mecanismos de cobertura, en el 2004 el CAUSES cubría 90 intervenciones y 142 medicamentos, y hoy en día 285 intervenciones y 634 medicamentos. Estas intervenciones no son enfermedades, sino agrupaciones de alrededor de 1 736 enfermedades que son cubiertas al 100% en el primer nivel de atención y cerca de 90% en el segundo nivel; 143 intervenciones corresponden a temas de Salud Pública (promoción de la salud, vacunas, consultas generales, etc.), 26 a urgencias y 116 están asociadas con causas de egresos hospitalarios.

En fechas recientes se hizo un estudio cuyos datos arrojaron que 12 de las 285 intervenciones del CAUSES representan 53% de la cápita, básicamente diabetes y todo lo referente a la atención del parto, el puerperio y el recién nacido. Respecto al Fondo de Protección para Gastos Catastróficos (FPGC), que al inicio de la implementación del Seguro Popular sólo contaba con la cobertura de cuatro intervenciones, en la actualidad cubre 59 intervenciones; en el 2012 eran 61, sin embargo se concluyó que los gastos relacionados con cataratas no son catastróficos y entonces la cobertura se transfirió a través de CAUSES.

El FPGC se conforma por padecimientos relacionados con:

1. *Cáncer en adultos (7 tipos)*
2. *Tratamientos antirretrovirales de VIH/SIDA*
3. *Cuidados intensivos neonatales (4 patologías)*
4. *Cáncer de niños y adolescentes (22 tipos)*
5. *Trasplantes (4 tipos)*

6. *Trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos (17 padecimientos)*
7. *Alteraciones metabólicas (3 patologías)*
8. *Problemas cardiovasculares (1 patología)*

El gasto de bolsillo ha disminuido: en 2005 era de 0.61% y en la actualidad es de 0.33%. La portabilidad de los servicios, que se ha hecho real entre Entidades Federativas, es el primer paso para la universalización de los servicios de salud en México. El siguiente paso será trabajar esa portabilidad entre las diferentes instituciones del Sistema de Salud. En este avance contar con indicadores que permitan la comparabilidad será crucial para analizar la garantía de calidad, asimismo, es necesario identificar indicadores que permitan evaluar el impacto de todas estas intervenciones, basados en calidad de vida, sobrevida, morbilidad, etcétera.

LA HACIENDA PÚBLICA Y LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD

Verónica Malo Guzmán

7

31

A continuación les presentaré algunos datos de estudios tanto en el aspecto hacendario como en la coordinación hacendaria para la recaudación y la implementación de los programas. Hasta ahora se han hecho 95 presentaciones tanto a líderes políticos como a tomadores de decisiones y sociedad civil con el objetivo de presentar una propuesta viable y útil que impacte la hacienda pública, repercuta en la sustentabilidad del sistema de salud, y mejore las condiciones de vida de los mexicanos.

El gran objetivo del gobierno mexicano es construir un México incluyente, con movilidad social y protección efectiva para todos, sustentable y que genere prosperidad. Para alcanzar este objetivo es indispensable reformar la hacienda pública, pero esto sólo será posible si se acompaña de una transformación social.

Hasta ahora la hacienda pública se ha enfocado en la estabilidad macroeconómica, pero hacia el futuro debe hacerlo en promover el crecimiento y la igualdad, por lo que se requiere un pacto social para alinear todos los esfuerzos en el crecimiento económico con equidad. La reforma a la hacienda pública es un medio, no es un fin. La reforma al sistema de protección social para un país incluyente se basa en la capacidad de la economía para generar empleo formal, de tal forma que el sistema dual actual para la protección a sectores desprotegidos no incentiva la formalidad. La problemática entonces es que tenemos un sistema inequitativo, injusto y que no promueve la disminución de la pobreza, lo cual resulta en la insostenibilidad. El sistema de protección social actual sin modificaciones en la hacienda pública es inviable.

La propuesta concreta entonces se fundamenta en:

- *Un sistema de protección universal que asegure acceso efectivo a la salud, seguro de vida e invalidez, así como pensión universal*
- *Convergencia de todos los sistemas de salud pública, separando financiamiento de provisión, que incluya portabilidad, pago por cápita y elección del usuario entre sistemas*

- *Eliminación de cuotas obrero-patronales a la salud*
- *Focalización de las transferencias a las familias más pobres. Sólo programas sociales redistributivos*
- *Aseguramiento de la transparencia y rendición de cuentas en los tres órdenes de gobierno*

Los resultados que se obtendrían serían los siguientes:

- *Reducción de la vulnerabilidad de las finanzas públicas*
- *Promoción del pacto social al establecer un piso mínimo de bienestar para todos*
- *Mejora de la movilidad social y aumento de la productividad*
- *Reducción de la pobreza y su volatilidad*
- *Aumento del mercado interno al disminuir el gasto privado en salud y el gasto de bolsillo*
- *Disminución del costo de la formalidad y aumento de la productividad*
- *Aumento de la competitividad al disminuir los costos*
- *Aumento y liberación de los recursos financieros para actividades productivas y potenciación de la inversión*
- *Estimulación del crecimiento económico*

Un gran reto para hacer esto factible es que las reformas de la hacienda pública y de protección social deben procesarse en conjunto y plasmarse de manera unificada en la Constitución.

EL ROL DEL FINANCIAMIENTO EN LA COBERTURA UNIVERSAL Y LA EQUIDAD

Claudia Pescetto

8

33

Cobertura universal es el objetivo general que orienta la transformación de los sistemas de salud para que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales, garantizados y exigibles que necesitan a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. Los valores que rigen dicha cobertura universal son el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad.

En este marco, la Organización Panamericana de la Salud propone la Estrategia Regional OPS y el rol del financiamiento, donde en su tercera línea estratégica plantea lo coherente con el financiamiento para la disminución del gasto de bolsillo y el enfoque en la equidad. En dicha propuesta se reconoce que el modelo del financiamiento influye de forma directa en el desempeño del sistema, y se espera que un buen sistema de financiamiento sea redistributivo.

Cuando se piensa en financiamiento se debe reflexionar en todas las funciones del mismo, es decir, en la forma de recaudación, mancomunación, y la asignación o gestión de estos fondos y en cómo estos recursos se traducen en las compras.

Los objetivos intermedios de la cobertura universal se representan en la equidad, la eficiencia y la transparencia de las acciones para lograr las metas: la utilización, la accesibilidad, la protección financiera, la equidad en el financiamiento y, obviamente, la calidad.

La cuarta línea estratégica de la propuesta en mención plantea tres acciones específicas:

- *En términos de la recaudación, aumentar la prioridad en salud a través de un gasto público de calidad al menos de 6% del PIB*
- *Eliminar el pago directo en el momento de la prestación y sustituirlo mediante un fondo mancomunado solidario*
- *Aumentar la calidad del gasto a través de políticas, intervenciones y mecanismos destinados a mejorar la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud*

En términos de la suficiencia del gasto en salud existen dos temas de gran importancia y evidencia. El primero es que el gasto público en la región aún es insuficiente —los países miembros de la OCDE tienen un gasto mayor de 6%. Una opción es generar mayor espacio fiscal al potenciar el crecimiento económico para aumentar la posibilidad de generación de financiamiento a través de empleos formales. La otra opción es ampliar la base impositiva al mejorar la recaudación, es decir, que paguen más aquellos que tienen mayores ingresos. Otras acciones innovadoras son, por ejemplo, la aplicación de impuestos específicos, tarifas de importación, entre otros. La cuestión es poder lograr el consenso político. El segundo tema es la búsqueda de una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

En términos de la mancomunación, la premisa es que el gasto de bolsillo limita el acceso y genera empobrecimiento. Cuando el gasto de bolsillo excede 20% del gasto total en salud la posibilidad de que los hogares caigan en empobrecimiento se acelera de forma impresionante. La respuesta sería la mancomunación de los fondos.

Garantizar la solidaridad es un objetivo primordial de la mancomunación. Algunas de las características de la mancomunación eficiente es la participación, es decir, que el prepago sea obligatorio por lo que el *pull* debe ser lo más amplio posible. Se prefiere un fondo mancomunado único, pero cuando esto no es posible se sugiere que se integren mecanismos de compensación de riesgos. Por último, las contribuciones pueden ser combinadas.

En cuanto a la eficiencia y la calidad de gasto, se calcula que entre 20 y 40% del gasto se desperdicia en ineficiencia, es decir, en falta de calidad, por lo que es necesario trabajar en las causas principales de las ineficiencias.

Se requiere una respuesta integral desde todos los ámbitos del sistema. Algunas propuestas son: explotar los mecanismos de compra y pago a los proveedores al dar incentivos correctos, disminuir los pagos por prestación y aplicar la capitación; grupos relacionados con diagnóstico (GRD); y pago por desempeño; así como evitar en lo posible la compra pasiva o histórica, y aplicar la compra estratégica. La calidad radica en la gestión eficaz y eficiente, así como en el aseguramiento del cumplimiento de la normatividad y la rendición de cuentas (*accountability*), mientras se promueve la evaluación transparente, tanto de los procesos como de los resultados, y el impacto en el sistema de salud.

LA FRAGMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA EFICIENCIA Y LA EQUIDAD EN SALUD

Cristian Baeza

9

35

El tema que compartiré girará en torno a la fragmentación como uno de los mayores obstáculos para generar la eficiencia y la equidad en salud para la cobertura universal en salud. Los mensajes son los siguientes:

- *Mantener la mirada en que gane la gente.* El financiamiento del sistema de salud es un instrumento: una reforma exitosa es aquella que mejora el impacto del sistema en las personas y el país, no necesariamente la que implementa cambios estructurales
- *No es ni Beveridge ni Bismarck.* No hay modelos ideales o perfectos en el financiamiento del sistema de salud. Más importante que el modelo elegido es la consistencia en el marco de incentivos y mecanismos que le siguen
- *El gran desafío es mover al sistema de fragmentación a integración.* La fragmentación del financiamiento crea grandes problemas de inequidad e ineficiencia a los hogares y los países
- *El camino a la integración es largo y demandante.* Éste requiere un acuerdo de política de estado, no sólo del sector o del gobierno, y un esfuerzo continuo de comunicación honesta con la ciudadanía
- *El foco en las demandas críticas de la transición facilita los acuerdos.* La batalla política respecto al modelo final no sólo paraliza las reformas de integración, sino que distrae el acuerdo en los cambios necesarios en la transición, los que por lo regular toman un largo tiempo

La sociedad espera un sistema de salud de calidad (y de la forma como es financiado) que al menos logre los siguientes cuatro objetivos:

- *Buenos resultados,* traducidos en mayor productividad laboral, mejor estándar y calidad de vida, al igual que mayor estabilidad política y social
- *Protección financiera* que cubra a los individuos de choques de salud y de los costos de empobrecimiento asociados, y de esa manera apoyar la demanda de los consumidores y el crecimiento económico

- *Dignidad y satisfacción.* Además de cumplir con la expectativa adecuada de la gente de ser tratada con dignidad, la capacidad de respuesta también asegura apoyo al sistema de salud por parte de la sociedad
- *Competitividad del país y sostenibilidad fiscal y financiera.* Un sistema de salud efectivo es un factor competitivo valioso para atraer recursos humanos, capital e inversiones directas al país, y mantiene los costos laborales y las cargas impositivas a un nivel globalmente competitivo. La gestión sensata financiera y de control de costos contribuye al desempeño fiscal y macroeconómico

Las tareas del financiamiento del sistema de salud se basan en *recolectar* y *suministrar* suficientes recursos para pagar por la mejor calidad posible y el acceso a la atención, *proteger* hogares de los riesgos financieros asociados con la incidencia de choques severos a la salud y *financiar* a los proveedores de modo que se creen los incentivos adecuados para una provisión de servicios de alta calidad, oportuna, costo-efectiva y satisfactoria para los usuarios. Los resultados se logran a través del funcionamiento armónico y sinérgico de todas las organizaciones y funciones en el sistema de salud. Las reformas de sólo un aspecto están condenadas al fracaso.

Algunos aspectos que marcan la fragmentación en el financiamiento en salud se derivan de las múltiples fuentes de recaudación de recursos, los diversos modelos de organización, la existencia de aseguradores con paquetes de beneficios propios, incluidos su marco legal regulatorio, múltiples formas de pagar a los prestadores, desde el uso de presupuestos históricos, pago por servicio, Grupos Relacionados por Diagnóstico, o incluso mezclas de paquetes que ponen en riesgo la portabilidad. A esto se añade que las bases de costeo y precios también son heterogéneas. Todo esto trae como resultado algunos problemas bastante significativos a las personas y los países, relacionados con la inequidad, la ineficiencia y la baja productividad.

El camino que va desde la fragmentación hacia la armonización es largo. En un inicio se debe pensar en la igualdad de beneficios para las poblaciones, incluidos la protección, la separación de la compra y la provisión de servicios, la homogeneización del pago a los prestadores y la alineación respecto a las fuentes y el espacio fiscal. En el intermedio del camino se debe identificar y promover la inscripción de los sectores informales, pensar en las formas de igualar la regulación técnica del aseguramiento, y en la introducción de políticas y mecanismos de compensación de riesgo.

Por último, y quizá menos importante, es definir si el modelo se orienta hacia la integración organizacional o funcional y si debe haber un seguro universal, virtual u organizacional. Acordar los hitos de la transición es a menudo más importante que focalizar el debate en el modelo final.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

S4

ELEMENTOS ESENCIALES DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA MAXIMIZAR LA CALIDAD EN SALUD

Carlos Rosales

10

41

A continuación se presentan los elementos esenciales del modelo de la atención para maximizar la calidad en la atención en los sistemas de salud. Comenzaremos entonces por mencionar que el planteamiento del funcionamiento de los Sistemas de Salud cimentados en la Atención Primaria de la Salud se basa en un enfoque amplio de la organización y la operación de los sistemas, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza tanto la equidad como la solidaridad del sistema.

Queda claro que hablar de un modelo de atención basado en la atención primaria no se refiere al enfoque en la atención de primer nivel sino a un enfoque sistémico que permita abordar de forma integral y continua a las poblaciones.

La provisión de servicios de salud es sólo una de las funciones de los sistemas de salud. Los *Servicios de Salud* se definen como la serie de instituciones y programas que proveen:

- *Cuidados y atención directa a las necesidades de salud y enfermedad de los individuos*
- *Servicios de salud pública enfocados en la protección de la salud colectiva*

Sin embargo, los modelos actuales están lejos de cumplir con esto ya que, desde la perspectiva de las personas, la falta de acceso, la pérdida de oportunidad en la atención, la poca continuidad de los procesos asistenciales y la falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios son el común denominador. Esto denota entonces una crisis del modelo de atención predominante.

“Las personas con condiciones crónicas intentan obtener un continuo de servicios en un sistema de financiamiento y provisión de servicios de salud orientado a la provisión episódica de cuidados.”³

³ Jesús María Fernández. Dpto. de Sanidad y Consumo, País Vasco.

La organización por niveles “de complejidad” y la prestación de cuidados basados en especialistas fragmentan y son una concepción inadecuada para enfrentar los problemas actuales del perfil de morbilidad; asimismo, los sistemas de referencia y contrarreferencia no solucionan ni solucionarán los problemas de fragmentación.

El ideal de modelo de los servicios de salud es que éste se enfoque en las necesidades de salud de la población y en la capacidad de los servicios de resolver tales necesidades, que coordine e integre cuidados a través del continuo, cuente con sistemas de información que vincule a usuarios, proveedores y financiadores, provea información sobre costos, calidad, resultados y satisfacción de los usuarios, formule y promueva incentivos financieros y estructura organizacional alineados para el logro de los objetivos, sea capaz de mejorar de forma continua los cuidados y la calidad de los servicios que provea y que construya alianzas estratégicas para el logro de los objetivos.⁴

En este entendido, desde el 2007 la Organización Mundial de la Salud orienta las reformas de los modelos de atención mediante las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La OPS considera que las RISS son *una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de servicios de salud* al contribuir a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales como la cobertura y el acceso universal, el primer contacto, la atención integral y continua, el cuidado apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, al igual que la acción intersectorial.

Una RISS es “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.⁵

Se plantea entonces un modelo asistencial (Figura 10.1) que defina población y territorio (amplio conocimiento de las necesidades y preferencias), provea servicios integrales y equitativos, desarrolle acciones de salud pública y promueva acción intersectorial que tome en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Estos conceptos nos llevan a pensar en un primer nivel de atención multidisciplinario, con servicios especializados en el lugar más apropiado, incluso en entornos extrahospitalarios, privilegiando a éstos para los cuidados agudos e intensivos.

⁴ Shortell *et al*, 1996.

⁵ Modificado de Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*. 1993;36(2):20-6.

Figura 10.1. El modelo asistencial, desde el enfoque de las RISS.

Modelo asistencial

Población y territorio a cargo definidos, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud

Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública

Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de atención de la población

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población

43

Shortell et al, 1996.

Modificado de Shortell SM, Anderson DA, Gillies RR, Mitchell JB, Morgan KL. *Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal. 1993;36(2):20-6.*

Los mecanismos de coordinación asistencial que cubran la red de forma horizontal son:

- *La normalización de procesos, a través de las Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Atención*
- *Adaptación mutua, con enfoque colaborativo de los grupos de trabajo, la gestión de casos y el diseño organizacional matricial*
- *Sistemas eficientes de referencia y contrarreferencia*

Por lo tanto, el modelo asistencial debe privilegiar la atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, que aborde a la persona como un todo, promueva procesos de decisión clínica compartidos, educación para la salud, autocuidado y autogestión de la enfermedad, con enfoque en derechos, interculturalidad y género, así como concepción de familias y comunidades como receptoras y prestadoras de servicios de salud.

“Cada país necesita definir su propio camino basado en su propio contexto histórico, social y económico, promoviendo un amplio diálogo social para avanzar hacia la cobertura universal”.⁶

⁶ Dra. Carissa F. Etienne

ELEMENTOS ESENCIALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Luis Durán Arenas

11

45

Los temas a abordar en estos momentos giran en torno a la atención primaria en salud. Treinta y cinco años después de la declaración de Alma Ata, la OPS sugiere la revisión y la renovación de esta estrategia *más necesaria que nunca* con el objetivo de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y desarrollo de la población.

Los países de altos ingresos, sobre todo los europeos, han construido sistemas nacionales de salud, todos ellos con base en sistemas integrales de atención (con claros niveles de atención y sistemas de referencia y contrarreferencia efectivos). Aun en aquellos con sistemas basados en mercados de servicios se ha reconocido la necesidad de sistemas integrales de salud (Kaiser Permanente).

La Organización Mundial de la Salud declara que la meta última de la APS es una mejor salud para todos, asimismo ha identificado cinco elementos para alcanzar esa meta:

- *Reducir la exclusión y las disparidades sociales en salud (reformas de cobertura universal)*
- *Organizar los servicios de salud alrededor de las necesidades de la gente y sus expectativas*
- *Integrar a la salud en todos los sectores (reformas de política pública)*
- *Seguir modelos colaborativos de diálogo en políticas (reformas en liderazgo)*
- *Incrementar la participación de distintos grupos de interés*

La APS tiene tres características principales: justicia social, acceso universal y atención de sistemas integrados de servicios de salud, con promoción de la figura del médico de cabecera.

Algunas otras propuestas (Universidad Autónoma de México) plantean que la figura del médico de cabecera sea esencial en la APS, se incluyan servicios de atención telefónica, servicio de atención continua en el hogar y clínicas de soporte médico.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL IMSS

Víctor Hugo Borja Aburto

12

47

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una organización sólida en el sistema de salud. Sin embargo, en cuanto a la estructura de sus niveles de atención existen áreas de oportunidad relacionadas con su red de servicios. Para detectar dichas áreas de oportunidad en el 2014 se aplicó una encuesta para evaluar la calidad de la atención primaria en salud en el IMSS.

Dicha encuesta se aplicó a 2 012 usuarios de Unidades de Medicina Familiar en 12 delegaciones del IMSS distribuidas en todo el país. Los resultados generales fueron los siguientes:

- *Comparativamente, a nivel internacional se observa que el problema de acceso a la atención médica es generalizado*
- *El IMSS tiene problemas de acceso, continuidad de la atención y en los servicios que otorga de acuerdo con las necesidades de su población adscrita*
- *Existe una mejor evaluación en coordinación de la atención y servicios disponibles (contrario a servicios recibidos)*
- *El deficiente acceso en el IMSS se refleja en diferimientos para citas y largos tiempos de espera para consulta*
- *Al desglosar la función de acceso en el IMSS se nota que hace falta mejorar el acceso desde la organización, con estrategias como mayor trabajo en equipo, uso de tecnologías de la información (TIC), orientación telefónica, entre otras*
- **En continuidad de la atención hay debilidad, por lo que 37% de los usuarios refiere que no siempre es atendido por su mismo médico**
 - *El 46% refiere que no hay forma de comunicarse con su médico*
 - *El 30% de los encuestados refiere que no se le da tiempo suficiente para hablar con su médico sobre sus preocupaciones o problemas*
 - *El 32% cambiaría su clínica si fuera fácil hacerlo*

- *En cuanto a las funciones con mejor evaluación, como **coordinación de la atención**, se tienen altos porcentajes porque se cumplen con criterios de lo que debe ser esta función*
 - *El 92% informa que el médico familiar refiere y recomienda al especialista*
 - *El 83% recibió información por escrito acerca del motivo de consulta*
 - *El 72% reporta que el médico habló con el derechohabiente sobre lo que sucedió en la consulta con el especialista*
 - *El 98% lleva su registro (cartilla)*
- *Otra función bien evaluada es la **integralidad** de servicios disponibles, y es que se dispone de un catálogo extenso de servicios que en caso necesario se pueden disponer*
- *Un problema de este último punto es que un porcentaje importante desconoce varios de los servicios básicos, sobre todo de planificación familiar*

Con base en los resultados obtenidos se han presentado tres iniciativas de mejora de la organización:

- *Para mejorar el acceso a la atención médica*
 - a) Organización de la agenda para cita médica
 - b) Actualización del proceso de referencia-contrarreferencia
 - c) Receta resurtible
 - d) Control de embarazada y niño sano
 - e) Incremento de cobertura de chequeo anual prevenIMSS
- *Para mejorar la calidad de la atención*
 - a) Modelo de atención de enfermos crónicos
 - b) Registro Institucional de Cáncer
 - c) Atención a la salud mental en primer nivel
 - d) Vigilancia epidemiológica de enfermedades emergentes
 - e) Supervisión de la atención en primer nivel
- *Para mejorar la eficiencia y la viabilidad financiera*
 - a) Control de incapacidades
 - b) Control de dictámenes de invalidez e incapacidad permanente
 - c) Costo por receta
 - d) Determinación de necesidades reales de medicamentos

CAMINANDO HACIA UN SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD

Antonio Heras Gómez

13

49

Las preguntas que plantearé el día de hoy y para cerrar esta mesa de discusión son: ¿hay razones para cambiar la organización del Sistema de Salud? Si es así, entonces ¿qué hay que cambiar? ¿Qué pasaría si no cambiamos?

Algunas razones urgentes que justifican un cambio en la organización del Sistema Nacional de Salud son:

- *Tenemos instituciones “totales” que regulan, aseguran y prestan servicios, de tal manera que la rectoría no recae en el propio “Sistema de Salud”*
- *Existen servicios garantizados, pero con coberturas diferenciadas por institución y grupo social. El financiamiento y la cápita también son heterogéneas*
- *Existe ausencia de definición del modelo de atención y el papel de la atención primaria está difuminado*
- *La ganancia en salud es un resultado lleno de desigualdades, con alta variabilidad por institución, incluso por territorio*
- *Las organizaciones no están pensadas ni construidas para atender la cronicidad, de tal manera que hay una respuesta muy lenta, incluso a veces inexistente, para estas turbulencias*
- *Es evidente que contamos con un débil capital social en salud, el tejido social es aún muy endeble, y no hemos avanzado lo suficiente para generar la confianza, la libre elección y la exigibilidad del derecho constitucional a la salud*

Es necesario caminar hacia un sistema universal en salud. En el ámbito macro es determinante el análisis del 4º artículo constitucional referente al funcionamiento del sector salud que realmente asegure el derecho a la salud. Se debe definir la cápita unificada y la gestión de riesgos contra gastos catastróficos mientras se da mayor

valor a una comisión de integración, que bien pudiera estar basada en el Consejo de Salubridad General.

A nivel meso se propone el diseño de una norma que regule la atención primaria en salud, un Instituto de Evaluación de Calidad y Desempeño del Sistema de Salud, y un Plan Nacional para la Atención de Crónicos, donde el rol y la definición de funciones de enfermería y el uso racional de medicamentos sean básicos.

A nivel micro se deberá pensar en los contratos de gestión vinculados al desempeño, la libertad de elección del primer nivel, la defensoría del paciente y la institucionalización del Aval Ciudadano.

Los ciudadanos merecen y necesitan un Sistema de Salud más justo e integrado. Estamos obligados a aprovechar y optimizar la fase expansiva de la inversión en la salud. Sin un modelo de atención basado en APS, la cronicidad no será abordada de manera adecuada. Si el Sistema de Salud no realiza las nuevas reformas, lo harán los jueces y las autoridades financieras.

RECURSOS PARA EL MODELO DE ATENCIÓN

S5

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: retos educativos

Melchor Sánchez Mendiola

14

53

A continuación mencionaré algunos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud para el modelo de atención y parto al recordar que la calidad de la atención en salud, según el Instituto de Medicina, debe ser efectiva, eficiente, oportuna, con equidad y centrada en el paciente. Sin duda los pacientes lo esperan.

Se reconoce que para tener un adecuado modelo de atención que cumpla con las características de calidad es necesario crear competencias desde pregrado para la educación continua, fortalecer la investigación educativa, los métodos de evaluación y la docencia, y reevaluar los incentivos económicos. De igual manera, se debe fortalecer la formación de liderazgo, la enseñanza del profesionalismo y el compromiso social.

Incluir las nuevas tecnologías educativas, alinear los programas a las necesidades de salud de la población e incluir adiestramiento clínico en consultorios, así como la consulta en hogares, pudieran ser factores clave.⁷

La cantidad de fuentes de información va creciendo. Eso implica que tenemos la necesidad de trabajar en equipos interdisciplinarios, utilizar la informática, y de ahí enfocarnos en la atención centrada en el paciente. A fin de lograr esto se han recomendado una serie de habilidades que el personal de salud requiere para poder procesar y analizar datos.

Es aquí donde toma valor e importancia la informática biomédica, es decir, el campo científico interdisciplinario que estudia y busca el uso efectivo de datos, información y conocimientos biomédicos para la indagación científica, la solución de problemas y la toma de decisiones, consecuencia de los esfuerzos para mejorar la salud humana.

Dentro de los planes de estudios recomendados está la toma de decisiones clínicas, que incluye la aplicación de los conceptos básicos de la toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre en la práctica de la medicina general.

El razonamiento clínico involucra el conocimiento de conceptos básicos del mismo y su aplicación en la práctica para resolver problemas relevantes en medicina general y el apoyo de decisiones clínicas, que da a conocer las herramientas informáticas disponibles para la toma de decisiones clínicas diagnósticas y terapéuticas.

El que los recursos humanos conozcan estas herramientas es importante, ya que en la práctica clínica 5 a 15% son errores cognitivos que contribuyen a 75% de todos los errores diagnósticos. El error cognitivo más común es por “cierre prematuro”.⁸

El objetivo general de educar en seguridad es crear la conciencia de los distintos factores que pueden influenciar los resultados y las oportunidades que existen de cometer errores. Esto implica un cambio, actualizar, formar profesores, y difundir experiencias exitosas.

⁸ Graber M. Acad Med. 2002;77:981-92.

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Gustavo Nigenda López

15

55

Hay varias formas de aproximarse al análisis de los recursos humanos para la salud. Barbara McPaid propone que los recursos humanos en salud se pueden ver desde la perspectiva del mercado con dos componentes: la oferta generada por las universidades y la demanda generada por las instituciones de salud. Ese mercado no tiene sentido para la planificación, excepto si logramos incorporarlo a partir de las necesidades de las instituciones, que a su vez se basan en las necesidades de la población y las causas de la demanda específica.

Hemos venido planteando esto desde 1986 con el doctor Julio Frenk. Como ustedes saben, los mercados en salud son imperfectos, requieren de la gobernanza del Estado para poder operar. Hemos construido datos que demuestran que hay un aumento en el egreso de médicos y también de enfermeras; estas últimas han tenido un crecimiento reciente importante, lo que es una gran noticia porque en México se había adolecido de una relación desfavorable médicos/enfermeras. Eso por parte de la oferta. Parte de la demanda también ha crecido y hay una parte del sector privado que capta la formación de los recursos.

Es importante identificar cuál es el papel que juegan los pasantes en la prestación de los servicios de salud, en el primer nivel de atención y sobre todo en áreas rurales que la seguridad social atiende con apoyo del pasante de servicio social. Con la reforma estructural de 1980 los médicos pasantes que eran captados por la seguridad social pasaron a ser recursos de la Secretaría de Salud para dar servicio en el primer nivel, la mayoría de las veces sin supervisión adecuada.

Me di a la tarea de buscar algunas experiencias que han planteado otros países sobre qué hacer para atraer personal a las áreas rurales. *Freyhuth* hace una revisión sistemática sobre las estrategias de diferentes países. Éstas incluyen contratos temporales, mientras que también existen contratos de servicio obligatorio pero con incentivos.

También se define un grupo pequeño de países que tienen servicio obligatorio pero sin incentivos. En ese grupo está México. Lo que se le da a los pasantes no puede definirse como incentivo. Países con menores recursos y de ingreso menor a México manejan mejores programas de servicio social donde se utilizan a los pasantes como recursos para los servicios de salud. En todos los países que aparecen con incentivos, la premisa es una combinación de éstos. El incentivo financiero no es la única forma de atraer profesionales a áreas rurales. Esto nos lleva a la necesidad de plantear la posibilidad de que en México se genere un programa con incentivos en comunidades rurales.

Les comento también sobre la interacción de la densidad de médicos y enfermeras, y su relación con la distribución sobre el efecto en la mortalidad materna e infantil. En África se documentó que a mayor cantidad de recursos, menor tasa de mortalidad materna. Lo mismo se estudió en México para sus 2 500 municipios, y encontramos una relación inversa entre la asignación de médicos por municipio y la mortalidad infantil.

También existe esa relación con respecto a las enfermeras, ya que existe descenso de mortalidad infantil con la coherente asignación de éstas. Hay un punto en que la mortalidad infantil disminuye, pero asimismo un punto en que si se aumenta la densidad de profesionales ya no disminuye más la mortalidad infantil; sin embargo la eficiencia en la distribución del recurso maximiza el efecto.

Veamos lo que pasa en la actualidad en Brasil. Al contar con el programa de salud de la familia desde hace 20 años, lo que hicieron fue asignar a un profesional para el primer nivel de atención. Se han hecho evaluaciones y el efecto es positivo para mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo encontraron que no todos los equipos estaban conformados como fue diseñado en un inicio, ya que carecían de médicos. La escasez era de 14 000 médicos en todo Brasil. Una coyuntural protesta en el país solicitaba el incremento de financiamiento en programas sociales, incluyendo mayor inversión en la contratación de más médicos, aunque ya se habían encontrado dificultades para llevar a médicos brasileños a áreas rurales, lo cual representaba un costo de 50 000 dólares mensuales.

El año pasado Brasil decidió que era demasiada la resistencia de los médicos y abrieron el mercado hacia médicos extranjeros. Reclutaron médicos bajo el código de ética de la OMS, esto es, no atraer médicos de países que tienen menos médicos que Brasil. Sin embargo, hicieron un convenio con Cuba para atraer médicos cubanos a Brasil. Hace años se pensaría que atraer médicos extranjeros era sacrílego, sin embargo otros países, como Chile, han hecho lo

mismo y han generado buenos resultados. El mensaje político es fuerte. No es sólo un tema de distribución de recursos humanos.

Quiero plantearles algunas de las recomendaciones que la OMS ha hecho. Una tiene que ver con la regulación. Los médicos pasantes no deben estar solos en unidades, ni sin incentivos. El caso de Brasil muestra que el solo incentivo financiero no es suficiente para atraer a médicos.

El otro punto tiene que ver con aspectos relacionados con los incentivos diferentes y se tendría que revisar cuáles pueden ser éstos. Hay que fortalecer la asignación de personal de primer nivel, pues hay escasez no sólo cuantitativa sino cualitativa. Una alternativa ha sido la conformación de equipos de atención, como médicos graduados con competencias probadas, consolidar la demanda con una mayor distribución, o ligar los incentivos con el desempeño como, por ejemplo, moverse para hacer cesárea a otro lugar.

RECURSOS PARA EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

Javier Santacruz Varela

16

59

Cuando preparábamos esta presentación tomamos dos decisiones. La primera, no sólo hacer un comentario sobre los recursos dentro del IMSS. La segunda, dedicarnos no sólo a comentar los recursos humanos.

Desde la década de 1940 México comenzó a construir un sistema de salud segmentado y fragmentado, y 70 años después contamos con el actual sistema de salud. A lo largo de estos años se han ganado diferentes modelos de atención en las distintas instituciones. Se han definido modelos para población rural, población rural y urbana, población marginada y población asegurada.

Hay una jerarquización de modelos, desde los generales hasta aquellos destinados a un conjunto de enfermedades como el modelo de las UNEMES, que da atención a pacientes crónicos con hipertensión, diabetes, síndrome metabólico. También hay modelos de atención monotemática como el de pacientes con VIH-SIDA. Por lo tanto se cuenta con diferentes tipos de modelos de atención, de diverso tipo y para diversas instituciones.

Estos modelos son medios para la planeación, no son un fin en sí mismos. El modelo de atención es el instrumento operativo, es la referencia para organizar los servicios; son constructos teóricos que se expresan de diversas formas a través de modelos gráficos.

México ha utilizado diferentes modelos de atención, y aunque no ha habido modelos hegemónicos, sí tendencias en los que se han desarrollado a lo largo del tiempo. Tal vez el modelo más antiguo es el surgido en el IMSS en la década de 1950, 10 años después de su fundación. El Modelo del Sistema Médico Familiar es el modelo de medicina familiar más antiguo en el continente. Hay otros estándares; el del año 1979 al 2014 fue un modelo dirigido a la población de zonas rurales marginadas que se probó por primera vez en la zona ixtlera en cinco estados.

Asimismo, la Secretaría de Salud en 1979 ofreció el Programa de Atención en Áreas Marginadas, en especial en áreas urba-

nas como Monterrey y Guadalajara. Después hubo versiones del MASP con tres modelos, que de alguna manera sigue vigente; éste se utiliza mucho, por ejemplo, en Guerrero.

En el año 2002 surge el modelo MIDAS que no se ha difundido, y no se ha integrado, al cual se le atribuyen muchos calificativos. El MIDAS es un modelo para la operación de servicios de salud para la población que no es de la seguridad social, pero los principios son de carácter general.

Qué paradigmas debe tener un modelo de atención a la salud

En primer lugar tiene que estar enfocado en mejorar la salud individual, familiar y colectiva. No debe dirigirse sólo a un tipo de padecimiento. Debe estar basado en redes de servicios. Asimismo debe estar regulado por el Sistema Nacional de Salud, pero ser operado de forma local. Hay una complementariedad entre el nivel nacional y el nivel local. Debe acceder a todo tipo de recursos, no sólo los públicos. Debe ofrecer todos los recursos. Tiene que operarse por equipos de salud que incluya personal técnico y no sólo profesional. Otros países con economías más fuertes utilizan técnicos de atención primaria a la salud; en México se han dejado de formar, y además no se han formado de manera robusta.

En el país falta gobernanza sectorial, la participación en la formación es escasa. Hay escasez de recursos, además de una subutilización de los existentes y un incipiente trabajo en equipo.

Para que un modelo opere debe haber personal sanitario, financiamiento y sistemas de información, diferentes elementos de infraestructura y recursos. La realidad es que tenemos problemas serios en la infraestructura. Sólo tres estados tienen suficientes núcleos básicos de atención primaria según el modelo.

El 35% de los hospitales cuenta con un riesgo muy serio en su infraestructura. Existen problemas desde la estructura. Tenemos sólo dos médicos por 1 000 habitantes, y 2.3 enfermeras por 1 000 habitantes, comparado con la OCDE que tiene ocho enfermeras por cada 1 000 habitantes. Pero al mismo tiempo también se carece de plazas, además de que hay un desequilibrio entre especialistas y médicos generales, y así no es posible implementar un modelo de primer nivel.

En financiamiento tenemos problemas, pues sólo 6% del PIB es inversión en salud en México (900 dólares por persona para la inversión, comparado con la OCDE de 3 000 dólares, y Estados Unidos de 9 000 dólares); al igual que problemas de implantación, como con el expediente clínico; y limitación de recursos.

Tenemos que orientar los servicios hacia la atención primaria de salud a través de equipos de salud que tengan un espacio poblacional definido del cual tengan que rendir cuentas. Es necesario redefinir un modelo general y luego difundirlo, implantarlo y monitorearlo. El modelo de referencia es el MIDAS. Hay que revisarlo.

TECNOLOGÍAS PARA LA SALUD COMO RECURSO PARA EL MODELO DE ATENCIÓN

María Luisa González Rétiz

17

Abordaremos el tema de las tecnologías para la salud como recurso para el modelo de atención. Hablamos entonces de conocimientos teóricos y prácticos estructurados en forma de medicamentos, dispositivos, vacunas, procedimientos y sistemas, elaborados para resolver problemas sanitarios y mejorar la calidad de vida.

La relevancia de las tecnologías para la salud gira en torno de la cobertura universal, el acceso efectivo con calidad, el gasto total en salud y en medicamentos, y en la toma de decisiones sobre cuáles tecnología incorporar al Sistema Nacional de Salud.

Para realizar la evaluación de las tecnologías de la salud es necesario un análisis multidisciplinario con implicaciones clínicas, económicas, organizacionales, éticas y sociales para el desarrollo, la introducción, la difusión y el uso de las tecnologías para la salud para informar la toma de decisiones y elaborar políticas en salud.

Sin embargo no basta con priorizar y evaluar, es necesario administrar, asegurar el uso adecuado, monitorear y analizar el impacto en la salud. Para todo esto se requiere fomentar la generación de datos e información, minimizar el subregistro, promover la investigación para producir evidencia, vincular la investigación a la toma de decisiones y cuidar la inversión en salud.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN SALUD

S6

INDICADORES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Gonzalo Hernández Licona

18

67

La Ley General de Salud señala que para medir la pobreza se deben considerar ocho indicadores, entre los cuales figura el “Acceso a los servicios de salud”. Se considera carencia por acceso a los servicios de salud cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución pública, incluidos Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar o algún seguro médico privado. De tal manera que es necesario investigar, evaluar indicadores que orienten a definir el grado de acceso y su relación con la pobreza.

Más allá de los indicadores de acceso, que señalan tipo de afiliación y cobertura, es necesario medir indicadores de acceso efectivo, ya que esto permite conocer la brecha entre el reconocimiento de la afiliación a los servicios de salud y el avance en el ejercicio efectivo del derecho.

Contar con indicadores complementarios permite tener mayor información para los tomadores de decisiones. La propuesta del Coneval incluye indicadores que utilizan información pública disponible en su construcción, desagregación por tipo de afiliación, y privilegia la información contenida en encuestas, de tal forma que algunos insumos para la recolección de datos son: la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), el Censo de Población y Vivienda del INEGI, la Encuesta de Afiliados al Seguro Popular del CIDE, y el Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais), entre otros. El uso de estas fuentes de información permite su comparación en diferentes años: 2006, 2008, 2010 y 2012.

Coneval cuenta con 20 indicadores de acceso efectivo: seis de calidad, seis de utilización, seis de disponibilidad y dos de accesibilidad (Cuadro 18.1).

Respecto a las dimensiones de acceso y uso efectivo, *disponibilidad* se refiere a la obligación del Estado de garantizar la su-

ficiencia de infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud; *accesibilidad* es la no existencia de dificultades de acceso físico, económico o de información sobre la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud; *utilización* es el uso que

Cuadro 18.1. Indicadores de acceso y uso efectivo Coneval

Aspecto	Indicador
<i>Disponibilidad</i>	
Recursos físicos y materiales	Establecimientos de salud por cada 1 000 afiliados
	Camas censables disponibles por cada 1 000 afiliados
	Camas no censables disponibles por cada 1 000 afiliados
	Otro equipo médico disponible por cada 1 000 afiliados: incubadoras, quirófanos, salas de expulsión, bancos de sangre, laboratorios de análisis clínico, equipos de mamografía, unidades de hemodiálisis, equipo de ultrasonido
Recursos humanos	Médicos en contacto con pacientes por cada 1 000 afiliados Enfermeras en contacto con paciente por cada 1 000 afiliados
<i>Accesibilidad</i>	
Física	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia
	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia
<i>Utilización</i>	
Tipo de servicio de salud utilizado	Porcentaje de personas que se atienden cuando tienen problemas de salud en: centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud; hospitales del IMSS; IMSS-Oportunidades; Hospitales o clínicas privadas; consultorios de farmacias
Atención a la demanda de servicios	Porcentaje de personas que reportan sí haber recibido atención a sus problemas de salud en los últimos 12 meses
	Porcentaje de personas que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas 2 semanas
	De las personas que recibieron atención por sus problemas de salud, porcentaje de personas que sí fueron atendidas por personal de salud
	Porcentaje de personas hospitalizadas en el último año Porcentaje de personas cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud, así como en unidades de seguridad social
<i>Calidad</i>	
Atención a la salud	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud
	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud
Hospitalización	Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización
	Motivos por los que las personas hospitalizadas consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización
	Porcentaje de personas que no regresarían al lugar de hospitalización
	Motivos por los que las personas no regresarían al lugar de hospitalización

Fuente: Coneval 2014.

hacen los individuos de la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud cuando lo requieren; y *calidad* es que la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de los pacientes, lo cual requiere, entre otras cosas, de personal suficiente, medicamentos apropiados y suficientes, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y de higiene adecuadas, y buen trato de parte del personal de salud hacia los beneficiarios.

En febrero de 2014 el Coneval publicó los resultados de “Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular”. Las reflexiones principales de dicho documento se mencionan a continuación:

- *Existen numerosas instancias que proveen servicios de salud, lo que conlleva a que el sistema de salud sea segmentado, descoordinado e incomunicado. Una de las consecuencias de esto es la **inexistencia de la portabilidad del acceso***
- *Hay **diferentes paquetes de beneficios** y el gasto por persona es diferenciado por condición de aseguramiento. IMSS e ISSSTE pueden atender el total de intervenciones del Catálogo Universal de Servicios en Salud (Causas) mientras que el Seguro Popular ofrece una cobertura real menor*
- *El modelo que prevalece es uno con **enfoque curativo***
- *Faltan elementos de **transparencia y rendición de cuentas en gobiernos locales***
- *La infraestructura del Seguro Popular no se ha incrementado de manera similar al aumento en la afiliación, lo que se traduce en una **disponibilidad relativa menor**; esto sin desestimar el esfuerzo que han llevado a cabo las autoridades de salud para lograr mayor cobertura de la población*
- *En cuanto a la accesibilidad, la población afiliada al Seguro Popular reporta **mayores tiempos de traslado** a las unidades médicas que quienes están adscritos a otras instituciones*
- *Un reto particular se relaciona con el **desabasto de medicamentos**, lo cual pone en evidencia problemas con la disposición de los servicios que se ofrecen y la falta de capacidad para atender la demanda que se ha generado con la creciente afiliación*
- *En cuanto a la utilización, se presenta un rápido crecimiento de la demanda por servicios de salud, así como la disminución del número de personas que presentan problemas de salud y que no tienen afiliación. En 2010, las unidades de salud de la Secretaría de Salud tenían **una demanda mayor que las del IMSS***

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO EN SALUD MÁS ALLÁ DE LA COBERTURA Y LA PROTECCIÓN FINANCIERA

John Scott Andretta

19

El uso de indicadores relevantes y oportunos para evaluar y guiar las políticas públicas de salud es cuestión de vida o muerte en escalas masivas. Internacionalmente la medición y la evaluación del desempeño de intervenciones y sistemas de salud han avanzado tal vez más que ningún otro ámbito de acción pública. Por fortuna México cuenta con excelentes bases de información de indicadores de salud, tanto de registros administrativos (Sinais, IMSS) como de encuestas a hogares (ENIGH, Ensanut, etc.). El reto es usar esta información para la toma de decisiones.

México cuenta con indicadores relacionados con cobertura general de servicios (acceso) y cobertura de tratamientos específicos; recursos financieros (cuentas de salud, protección financiera a nivel de hogares, incidencia de beneficios, gasto público); recursos físicos y humanos; de estados de salud, mortalidad, morbilidad, AVISA, entre varios más. Pero existen retos importantes, varios de ellos bien reconocidos en el Plan Sectorial de Salud 2012-2018, como la incongruencia entre los registros administrativos y los resultados de las encuestas a hogares.

Un gran reto es que a pesar de tener indicadores que monitorean la forma en que fluye el financiamiento de la federación a los Estados, se desconoce el comportamiento del flujo de recursos financieros y los costos hacia las unidades de salud y los servicios finales.

En este mismo sentido de retos, el Plan Sectorial de Salud refiere como quinto objetivo el “Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”, de tal manera que se asegure la coherencia en el uso de los recursos y los resultados en la mejor salud de las poblaciones. México es un caso excepcional a nivel internacional, donde el mayor porcentaje de recursos que se destinan a cubrir los costos de la salud se dirige a gastos administrativos.

MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO: preparándonos para dar seguimiento a los compromisos adquiridos

Rafael Lozano Ascencio

20

73

Cuando se desea medir el desempeño del Sistema de Salud se debe pensar en los siguientes principios de trabajo:

- *Seleccionar un marco de referencia*
- *Definir objetivos y metas del Sistema de Salud*
- *Derivado de lo anterior, seleccionar indicadores y medidas del desempeño relevantes a nivel local, confiables y factibles de implementar; mantener en la medida de lo posible los de interés internacional*

Y las siguientes premisas de trabajo:

- *Distintuir la evaluación del monitoreo*
- *No es una actividad que cualquiera puede realizar*
- *Los límites no los debe poner el sistema de información vigente*

Hay que recordar que el objetivo de todo sistema de salud es mejorar la salud de la población, y esto sin que la población tenga que incurrir en gastos catastróficos, además de otorgarle un trato digno, con respeto a su participación, y el fomento de su elección. Todo esto se hace mediante un elemento funcional del sistema: la prestación de los servicios. Esto nos lleva a preguntar ¿quiénes son los que necesitan este servicio?, ¿quiénes son los que utilizan el servicio?, ¿por qué razones utilizan el servicio? y ¿cuál es la ganancia en salud que obtienen por hacer uso del servicio? Recordemos que la principal causa por la cual los individuos buscan y hacen uso de los servicios de salud es porque necesitan y quieren ser curados, es decir, solucionar un problema y entonces obtener una mejor salud. Por esto es necesario no sólo hablar de cobertura, sino de cobertura efectiva.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 refiere en sus objetivos:

1. *Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades*
2. *Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad*

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud

Para dar seguimiento a estos objetivos se han planteado indicadores como los que se muestran en el siguiente cuadro:

No.	Indicador	Línea base	Meta 2018
1.1	Porcentaje de cobertura de vacunación con esquema completo en menores de 1 año de edad	48.5%	90.0%
1.2	Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años de edad	14.6	12.0
1.3	Porcentaje de cambio entre el año base y el año de registro de casos nuevos confirmados de VIH por transmisión vertical	0%	84.6%
2.1	Tasa de mortalidad por cáncer de mama (25 años y más)	16.3 × 100 000	16.0 × 100 000
2.2	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino (25 años y más)	12.3 × 100 000	10.0 × 100 000
2.3	Tasa de hospitalización por diabetes no controlada con complicaciones de corto plazo (15 años y más) (indicador definido por la OCDE)	16.7 × 100 000	16.0 × 100 000
3.1	Porcentaje de muestras de agua clorada dentro de especificaciones de NOM	90.6%	93.0%
3.2	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos de motor	14.4 × 100 000	9.6 × 100 000
3.3	Tasa de mortalidad por riesgos de trabajo (IMSS)	1.0	0.9
4.1	Tasa de mortalidad infantil	13.7 × 1 000	10.1 × 1 000
4.2	Razón de mortalidad materna	43.0 × 100 000	30.0 × 100 000
5.1	Porcentaje de gasto público en salud destinado a la provisión de atención médica y salud pública extramuros	82.8%	95.0%
5.2	Porcentaje de surtimiento completo de recetas médicas	65.2%	90.0%
6.1	Porcentaje de población con carencia por acceso a los servicios de salud	21.5%	6.0%
6.2	Porcentaje de población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica	53.8%	80.0%
6.3	Porcentaje de hogares del primer quintil de ingreso con gasto catastrófico en salud	4.6%	3.5%

Los expertos que plantearon este marco proponen el análisis de referencia de tres enfermedades principales en México para comprender el avance y el impacto de estos compromisos. Estas tres enfermedades son: cáncer de mama, cáncer cervicouterino y diabetes. Las tres son situaciones crónicas que permiten reflejar el proceso de atención completa del sistema de salud en todos sus niveles, lo cual no es un desafío sencillo.

Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas ha planteado los Objetivos de Desarrollo Sostenible:⁹

1. *Terminar con la pobreza en todas sus formas en todas partes*
2. *Acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y la nutrición adecuada para todos y promover la agricultura sostenible*
3. *Lograr una vida saludable para todos en todas las edades*
4. *Proporcionar una educación equitativa e inclusiva de calidad y oportunidades de aprendizaje permanente para todos*
5. *Lograr la igualdad de género, la autonomía de las mujeres y las niñas en todas partes*
6. *Asegurar agua y saneamiento para todos para un mundo sostenible*
7. *Garantizar el acceso a servicios modernos de energía asequibles, sostenibles y fiables para todos*
8. *Promover un crecimiento económico fuerte, inclusivo y sostenible, así como trabajo decente para todos*
9. *Promover la industrialización sostenible*
10. *Reducir la desigualdad dentro y entre los países*
11. *Construir ciudades incluyentes, seguras y sostenibles, al igual que asentamientos humanos*
12. *Promover modalidades de consumo y producción sostenibles*
13. *Promover acciones a todos los niveles para hacer frente al cambio climático*
14. *Lograr la conservación y el uso sostenible de los recursos marinos, los océanos y los mares*
15. *Proteger y restaurar los ecosistemas terrestres y detener toda la pérdida de biodiversidad*
16. *Lograr sociedades pacíficas e inclusivas, estado de derecho e instituciones capaces*
17. *Fortalecer y mejorar los medios de ejecución y la asociación mundial para el desarrollo sostenible*

75

El objetivo 3, *Lograr vida saludable para todos en todas las edades*, pudiera ser una utopía de la salud para el año 2030, pero

⁹ OWG. Zero draft – Rev, <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

que en definitiva da la pauta para que la evaluación sea utilizada como una palanca para mejorar la calidad de la atención para la salud.

Las reflexiones finales respecto a la evaluación del desempeño son:

- *El acceso efectivo a los servicios de calidad se medirán a partir de la cobertura efectiva*
- *La continuidad de la atención y la atención centrada en el paciente son pilares de la calidad que deben ser medidos como parte del desempeño del Sistema de Salud, ya que la continuidad de la atención se expresa en tres dimensiones: información, organización y relación*
- *Sin incentivos para el seguimiento de pacientes es imposible lograr la continuidad y mucho menos servicios de calidad adecuados, y dados los compromisos nacionales e internacionales tan ambiciosos el Sistema de Salud debe estar preparado para la rendición de cuentas*

LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO Y EL APALANCAMIENTO DE MEJORAS EN LA CALIDAD DE LA POLÍTICA SANITARIA

Wolfgang Munar Angulo

21

77

“Los puntos de apalancamiento”... se refieren a aquellos lugares dentro de un sistema complejo (una corporación, una economía, un ser viviente, una ciudad, un ecosistema) donde una pequeña alteración puede producir grandes cambios en todo el sistema.”¹⁰

Es importante comprender que para producir estos grandes cambios no basta con conocer cuáles son las palancas principales, sino que es necesario contar con una teoría, un marco para el cambio, que además permita evaluar los resultados (Figura 21.1).

Comenzaremos planteando tres hipótesis:

- *El financiamiento basado en desempeño (FBD) ha centrado la atención de los actores en la medición de resultados de corto plazo, y su **aplicación inmediata** en ciclos rápidos de aprendizaje (planeación-acción-ajuste)*



Figura 21.1. Teoría del cambio al inicio del programa.

Fuente: Cortesía Dr. Wolfgang Munar

¹⁰ Donella H. Meadows (1999) Leverage Points. Places to intervene in a system.

- *Las técnicas grupales de elaboración de modelos de dinámica de sistemas han permitido a los actores locales “ver” su sistema, facilitar la creación de un lenguaje común y ajustar su acción con base en la evidencia*
- *Los modelos de simulación han generado evidencias que aún no se incorporan en la política pública*

Es importante comprender la dinámica de modelos de sistemas. Para esto se analizará el caso de Honduras. Los antecedentes son los siguientes:

- *La prioridad de política de Honduras se centraba en el parto institucional y el manejo de las emergencias obstétricas*
- *Las intervenciones típicas se centraban en las casas maternas, en incentivos a los proveedores y en bonos de transporte materno*
- *El desafío era entonces que 50% de los partos en zonas pobres rurales no era institucional, es decir, Honduras se planteó **¿dónde intervenir en este sistema para continuar con la reducción de la mortalidad materna?***

Se comienza con un modelo conceptual, es decir, un modelo erróneo de la realidad. Esto lo realiza un grupo de trabajo operativo. Dicho modelo se va acercando poco a poco a la realidad y por último el grupo de trabajo define cuáles son las palancas y las palancas potenciales.

En el caso de Honduras se encontraron los siguientes puntos de apalancamiento, sin orden de prioridades:

- *Aumentar cobertura efectiva de planificación familiar*
- *Prevención centrada en las comunidades (p. ej., prevención del tabaquismo o el uso de alcohol durante el embarazo)*
- *Incrementar el reconocimiento de las emergencias obstétricas (1ª demora)*
- *Reducir la proporción de embarazadas con emergencias obstétricas que se dirigen a centros de baja capacidad resolutive (2ª demora)*
- *Acelerar la llegada de embarazadas complicadas a los hospitales (ejemplo, servicios de traslado, 2ª demora)*
- *Mejorar la calidad de la atención obstétrica en los hospitales (3ª demora)*
- *Mejorar la calidad de la atención en las clínicas maternoinfantiles (3ª demora)*
- *Aumentar la rapidez de la referencia desde los centros de salud hacia los hospitales (2ª demora)*
- *Iniciar control prenatal más temprano en embarazadas*

A modo de conclusión:

En el espacio de las políticas públicas... los “efectos colaterales” no son una característica de la realidad, sino un signo de que las fronteras de nuestros modelos mentales son demasiado estrechas, y nuestros horizontes temporales demasiado cortos.”

¹¹ Stermán JD. 2006. Learning from Evidence in a Complex World. Am J Pub Health, 2006;96(3):505-14.

COMPETENCIAS PARA EL CAMBIO

S7

LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL CAMBIO

Eduardo González Pier

22

83

Para lograr la implementación de políticas públicas y no sólo hacer buenos diagnósticos es necesario emplear palancas que ayuden a implementar las políticas públicas. Se definen entonces tres elementos indispensables necesarios para hacer que las cosas sucedan, para pasar de la visión a la acción y al cambio:

1. *Cambiar las reglas*
2. *Cambiar los recursos e incentivos*
3. *Liderazgo*

En el ámbito de las diferentes funciones del sector salud existen diversas palancas como políticas innovadoras que a continuación se detallan:

- *Los arreglos regulatorios (gobernanza y rectoría), a través de los procesos de certificación y acreditación de establecimientos de salud, regulación y vigilancia sanitaria en el consumo del alcohol, tabaco, productos milagro, etc.*
- *El financiamiento estratégico, como esquemas mediante la concentración de recursos en un fondo único, separación de funciones de financiamiento y provisión, mecanismos de pago que garantizan que el dinero siga al paciente y compra consolidada de insumos para la salud*
- *La organización de servicios, mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención (puerta de entrada), la articulación de los servicios en redes y sistemas locales enfocados en el usuario, la familia y la comunidad, la participación corresponsable de la población y el autocuidado, y la introducción de elementos interculturales y de género*
- *Los recursos para el modelo de atención, a través de la alineación entre la demanda y las necesidades en atención médica, la oferta de recursos humanos en salud (disponibilidad y distribución), la introducción de incentivos (económicos y de crecimiento profesional) para atraer y retener profesionales de la salud en unidades de primer nivel*

y áreas rurales, y el uso de la evaluación de tecnologías para la definición de los insumos a financiar con recursos públicos

- *La evaluación para el desempeño en salud, con el fortalecimiento de la cultura de evaluación y rendición de cuentas, el uso adecuado de las existentes fuentes de información para la toma de decisiones, el desarrollo de mecanismos de difusión que faciliten el desarrollo compartido y la traducción efectiva de los resultados de monitoreo a acciones de mejora en los distintos niveles de atención*

Hay tres elementos básicos que necesitan alinearse para que sucedan los cambios: el primero de ellos es *cambiar las reglas* para lograr cambiar los comportamientos. Con ello nos referimos a muchas cosas, como la Constitución, las leyes, los reglamentos, las normas oficiales mexicanas; un esquema que depende del nivel del cambio que se quiera lograr. Por ello es imposible llevar a cabo los cambios reales sin cambiar las reglas en las que se opera, esto es, el entorno, las instrucciones de cómo hacer las cosas distintas y lo más importante aún, tener reglas que sean legitimizadas. En el caso de lo que pasa en el Congreso, legitimizar se refiere a hacerlo de forma democrática. Por lo tanto, lo que necesitamos para lograr cualquier cambio son nuevas reglas, claras, inequívocas y además legitimizadas, es decir, compartidas por todos los que van a estar sujetos a ese nuevo cambio.

Segundo, no basta nada más tener reglas nuevas, hay que tener *incentivos*, principalmente recursos, y de preferencia presupuestos. Podemos cambiar las reglas pero si el recurso no va acompañado con presupuesto es muy difícil mover las cosas si no existen los incentivos adecuados. Los incentivos positivos, que son los presupuestos o recursos adicionales, funcionan mejor que los incentivos negativos, pero piensen en las reformas que se han dado y lo difícil que sería si no encontramos recursos indispensables que puedan apoyar los cambios de reglas y que puede hacer que se muevan las cosas.

Por último, el *liderazgo*. Se pueden tener las reglas y los recursos, pero si no existen los elementos básicos del liderazgo, que puede ser una persona o el equipo, es muy difícil transitar del discurso a los hechos. Y no sólo un liderazgo generalizado, sino tener las competencias técnicas para:

1. *Generar una visión; es muy importante tener un foco o faro hacia dónde ir*
2. *La capacidad de comunicación para compartir esa visión, no sólo es necesario generarla sino también compartirla*

3. *Movilizar recursos y apoyo para que aquello que se comunica eventualmente trascienda a cambios legales, normativos y, por supuesto, cambios presupuestales*

Dicho lo anterior pasemos a tres ejemplos, al caso de tres países como Chile, Argentina y México, de muy alta relevancia por dos razones: 1) son casos de mucha trascendencia para la calidad (nos referimos a los paquetes explícitos de beneficios, que han sido el pivote de muchas reformas de salud), y 2) es un buen ejemplo de análisis, en donde se dieron estos tres conceptos de cambio en las reglas, el presupuesto y donde existió un liderazgo que movilizó los recursos (nos referimos a líderes de gran relevancia que fueron protagonistas de los cambios, a dos ex ministros de salud como el doctor Julio Frenk, en el caso de México, y el doctor Osvaldo Artaza, en el caso de Chile).

En el caso de Chile, se generó una reforma muy profunda, muy complicada, conocida como la Ley AUGE en el 2005, que generó estos cambios normativos y sobre todo fue suficientemente explícita para cambiar las reglas. Fue un caso complicado, de mucho debate con los gremios, en particular los colegios médicos. Lo que se logró fueron cambios profundos de reglas; en el caso financiero ese cambio de reglas, que era explicar los beneficios de la reforma, fue acompañado de un presupuesto asociado de forma directa con estas garantías explícitas relativas al acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones relacionadas con un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Cuando arrancó con 25 garantías explícitas tenía un promedio de 46 dólares per cápita; para el 2013 había subido a 80 garantías explícitas, con algunos cambios, y un recurso asociado de forma directa a hacer efectiva esas garantías y un presupuesto de 168 dólares.

En el caso de liderazgo de cabildeo político se tuvo al mismo presidente Lagos y a su secretaria de Salud, la doctora Bachelet, que posteriormente fue presidenta de Chile, y los cambios que se dieron para ocupar puestos en la política de salud en este caso se tuvo al doctor Artaza, quien ocupó el puesto de ministro de Salud y que continuó con esta reforma. Entonces tenemos muy claro que para que haya un cambio tan importante en la reforma en salud como es el caso de Chile y que ha sido de inspiración para otras reformas tuvo que haber cambios legales explícitos, hubo recursos asociados con estos cambios y, por supuesto, liderazgo al más alto nivel, en este caso el del presidente.

El caso de Argentina es un ejemplo distinto. También hubo un plan federal que se plasmó. Fue un proyecto diseñado de manera

conjunta entre funcionarios de organismos internacionales y el gobierno de Argentina. Se describieron los beneficios de la atención maternoinfantil, se generó un recurso expreso financiado por el Banco Mundial para atender ese paquete de beneficios enfocados a abatir la mortalidad materna e infantil, y por supuesto también se contó con el liderazgo conjunto de organizaciones internacionales, el gobierno y los altos funcionarios del sistema de salud de Argentina.

El Seguro Popular en México es un caso importante porque por primera vez pasamos de las garantías implícitas a las garantías explícitas. Antes del año 2003 el sistema simplemente prometía todo para todos y era un esquema de razonamiento implícito. En esta reforma se logró generar la traducción de los recursos al acceso a la atención, así como un catálogo, en aquel tiempo el Cabeme, y el actual Causes, y se fueron generando una serie de intervenciones que quedaron explícitas en las reglas del Seguro Popular.

En uno de los títulos de la Ley General de Salud se insertaron las reglas de manera explícita en un catálogo de intervenciones que en la actualidad cuenta con 266 intervenciones y el catálogo de intervenciones especializadas, como es el de protección contra gastos catastróficos con 49 intervenciones. El recurso se fue dilucidando a través del presupuesto otorgado por el ente financiador, que es el Seguro Popular, y por supuesto un liderazgo muy especial como el del doctor Ruelas, el doctor Rafael Lozano y el doctor Julio Frenk, donde se generó una visión, se comunicó la visión y se movilizaron aspectos de cabildeo político con los congresistas y la Secretaría de Hacienda que de manera eventual sumó un poco más de un punto del producto interno bruto (PIB).

Estos tres casos buscaron movilizar cambios para ir de las garantías implícitas a las garantías explícitas en salud; comparten los tres características similares: cambios en las reglas, el financiamiento y el componente de liderazgo que se alineaba con la visión. Este mismo se comparte en todos los niveles y con diferentes alcances, por lo que valdría la pena pensar cómo tener presentes estos ingredientes además de muchos otros que coadyuvan a generar los cambios en las reformas de salud.

CREACIÓN DEL CAMBIO A GRAN ESCALA

Kedar Mate

23

87

Comenzaré hablando de cómo crear cambios a gran escala, y la experiencia a través del Institute for Healthcare Improvement (IHI; Instituto de Mejora en la Atención de la Salud), en particular enfocado en Estados Unidos y Sudáfrica. Sé que en México se han estado construyendo mejoras en salud, como es el caso del Seguro Popular y todos esos esfuerzos que se reconocen por mejorar la salud de la población.

Por donde quiero llevarlos hoy es, por un lado, sobre las necesidades sociales y financieras para el cambio y la mejora, los modelos que prevalecen para lograr mejor calidad, y también presentarles un nuevo modelo, un modelo para la mejora fundamental para el cambio. Quiero enfocarme en casos de estudio donde migramos de nuevas ideas a “el cómo lograr que eso suceda”.

Primero, hemos visto beneficios sin precedentes a través de la mitad del siglo pasado reflejados en un aumento de la esperanza de vida. Algunos de estos avances son las vacunas, la terapia antimicrobiana, el tratamiento de enfermedad coronaria isquémica, la terapia de rehidratación oral, la terapia antirretroviral para infección de VIH, el tratamiento para diabetes mellitus, los avances en quimioterapia, los trasplantes de órganos, entre otros. A pesar de ello existe gran variación para tener acceso a estos recursos debido a la distribución desigual de los mismos.

La segunda dimensión de las necesidades sociales no es sólo producir mejor salud sino una mejor atención a la salud, dando por entendido una atención libre de errores médicos. En Estados Unidos a través de la herramienta llamada “*trigger tool*” se ha documentado que cerca de 40 de cada 100 pacientes son dañados por errores en los procesos de atención médica.

Respecto a los cambios financieros para la mejora tenemos algunas ideas de dónde enfocarnos. Para el año 2010 en Estados Unidos se detectó que entre la población que menos gastaba en salud y la que más gastaba había una diferencia anual de 3 000

dólares. Si este gasto se aumentara en aquella población que gasta menos, es decir, se aumentara el gasto total per cápita, ¿qué diferencia habría traducida en recursos para la salud? La respuesta es que se podría comprar hasta 32% más de camas por hospital y se podría contratar hasta 65% más de médicos especialistas.

La siguiente pregunta fue si esto se traduciría en mejor atención y en mejor salud. La respuesta lógica fue que no, pues más fondos financieros no se traducen en mejor calidad ni en mejor impacto. De hecho se encontró que la población que tenía el mayor gasto en salud tenía sobreutilización de servicios, prolongación de días de estancia intrahospitalaria, más procedimientos innecesarios, más visitas de exposición al sistema, un silencioso aumento de la mortalidad y menor satisfacción respecto a la atención hospitalaria comparado con el resto de la población.

Entonces, ¿en qué nos debemos de enfocar? En crear mejores sistemas de atención: seguros, efectivos, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos para todos, con la finalidad de disminuir la brecha de las consecuencias no intencionadas del daño potencial a nuestros pacientes.

Estos resultados nos llevan a repensar en la universalización de los sistemas de salud, lo cual se ha trabajado bastante en México. Existen tres dimensiones para lograr este objetivo:

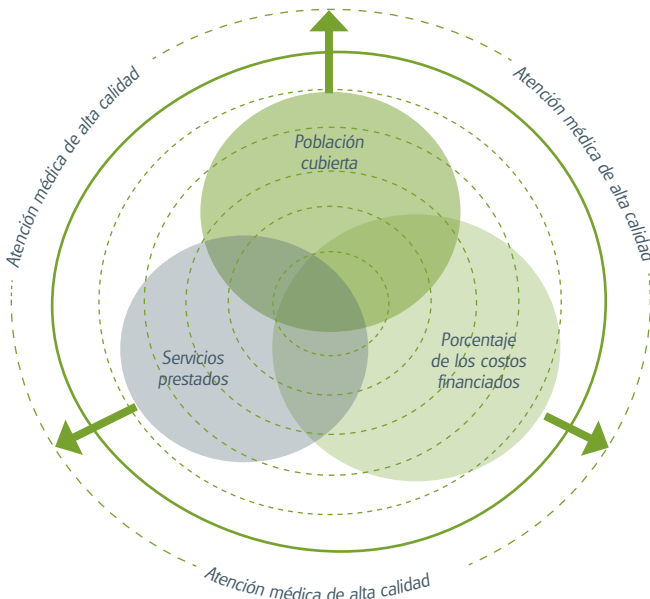


Figura 23.1. Cobertura universal de calidad.

Fuente: Mate KS, Rooney A, Supachutikul A, Gyani G. Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage, 2014.

1. Cobertura de la población
2. Cobertura de servicios
3. Cobertura de costos o protección de riesgo financiero

La universalización en salud es importante, pero la *calidad en esta declaración no figura prominentemente*, no se define. El acceso es bueno, pero *¿el acceso para qué clase de servicio?* Si la calidad es mala puede dañar y promover el desperdicio de fuentes financieras importantes, más que ayudar a pacientes y promover un sistema eficiente.

Entonces ¿de qué otra manera podemos abordar el tema de la cobertura universal? El doctor Enrique Ruelas menciona que al considerar expandir la cobertura, los servicios y los costos, debemos perseguir altos niveles de calidad (Figura 23.1).

Asimismo tenemos algunas consideraciones generales de acciones que los gobiernos hacen para conducir la mejora de la calidad, como la acreditación, la legislación, el *benchmarking*, la retroalimentación, el uso de tecnologías de la información, las iniciativas de mejora en gran escala, el compromiso del paciente, la regulación, los mecanismos de pago o los incentivos.

Cuando reflexionamos en el cambio en gran escala, pensamos en algunos modelos comunes para mejorar. Entre ellos se puede mencionar al modelo de “inspección y eliminación” (Figura 23.2), que trata de inspeccionar a todos, y encontrar lo malo, lo que no funciona conforme a los criterios de calidad, eliminarlos y mejorar.

El problema es que lo hacemos sin información disponible de su desempeño, nadie sabe en realidad dónde se halla en la curva

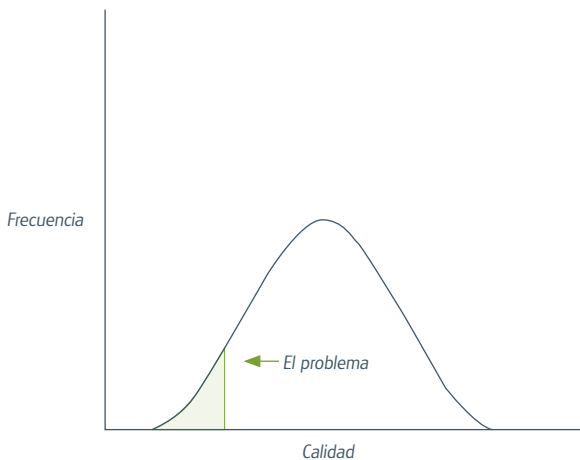


Figura 23.2. Modelo de inspección y eliminación.

Fuente: Cortesía de Kedar Mate, IHL.

de la campana del comportamiento. Podríamos creer que estamos en el color blanco, pero no sabemos realmente donde nos encontramos, cada uno de nosotros vivimos con este miedo e incertidumbre.

Tener miedo al inspector nos lleva al círculo del temor, el miedo hace que las personas no se acerquen cuando perciben problemas. Ellos filtran la información cuando comenzamos a llevar a cabo reportes y observamos que los niveles del desempeño se mantienen en 100% por meses, pero sabemos que algo no está bien. Como líderes tendemos a buscar la inspección para encontrar qué está pasando, pero esto sólo conlleva mayor temor e incertidumbre; Don Berwick menciona que *el miedo en cualquier parte del sistema envenena la mejora*.

Entonces, ¿cuál es el mejor modelo y forma de pensar? En el IHI nos gusta pensar en el modelo de mejora continua (Figura 23.3), donde “cualquier defecto es como un tesoro”, es decir, cada defecto que observamos es una oportunidad para mejorar, y al enfocarnos en la mejora de esa oportunidad hacemos que el desempeño sea más rápido y continuo. Cada uno en la curva de la campana puede mejorar, cada uno debe conocer su desempeño y encontrar oportunidades para mejorar, y al hacer esto se puede mover el desempeño más rápido.

Este es un modelo mental muy simple pero poderoso, que funciona al hacer las preguntas que en él se encuentran; y después viene el círculo de la mejora continua: planear, hacer, estudiar y actuar (PDCA).

Por último, quisiera mostrarles dos ejemplos reales de mejora continua de nuestro trabajo en el IHI alrededor del mundo, acerca de cómo hacer el cambio a través de sistemas de escalamiento, pero antes mencionando que el marco de trabajo para la ejecución del IHI se basa en buscar grandes ideas. Pero no sólo las ideas fantásticas conllevan a la ejecución, se necesita voluntad y motivación, pero

¿Qué es lo que tratamos de mejorar?
 ¿Cómo sabremos que un cambio implica una mejora?
 ¿Qué cambios podemos hacer que resulten en una mejora?



Figura 23.3. Modelo de mejora continua.

Fuente: Cortesía de Kedar Mate, IHI.

además tener ideas y voluntad no conlleva a la mejora sin el enfoque en la ejecución.

De enero de 2005 a julio de 2006 se llevó a cabo la campaña titulada *Salvando 100 000 vidas en hospitales de EU*, cuyo detonador fue la publicación del libro *Errar es humano* donde se expone que entre 44 000 a 98 000 personas en Estados Unidos (EU) mueren por errores médicos. La idea era tomar a esas 98 000 personas y fijarnos una meta: tratar de salvar 100 000 vidas.

Nosotros teníamos seis cambios específicos que nos ayudarían a salvar estas vidas:

1. *Desarrollar equipos de respuesta rápida*
2. *Otorgar atención confiable y basada en la evidencia para infarto agudo de miocardio*
3. *Conciliación de la medicación*
4. *Prevención de infecciones de línea central*
5. *Prevención de infecciones de sitio quirúrgico*
6. *Prevención de neumonía asociada con el ventilador*

91

Más de 3 500 hospitales se inscribieron a esta campaña y así fue como lo logramos. No era hacer lo de siempre para nosotros, de hecho estudiamos los controles de misión de la NASA y las técnicas que se adoptan en la Casa Blanca en EU, y empleamos algunas de sus técnicas; contamos con mapas, con avances a un ritmo acelerado y enfoque en la información de campo.

Los resultados en un sistema grueso como el de Ascension Health (71 hospitales) nos permitieron ver la reducción de úlceras por presión en 95%, la mortalidad hospitalaria en 79%, el trauma al nacimiento en 74%, la neumonía asociada con el ventilador en 56%, las caídas con daño severo en 54% y la infección por catéter venoso central en 32%.

Conjuntar a 3 000 directores ejecutivos para que atiendan algún asunto es difícil, eso exactamente sucedió con esta iniciativa. Los principios para lograr el cambio a gran escala fueron:

- *Audacia, persuasión y convencimiento*
- *Grupo de prácticas basadas en un nivel de evidencia alto*
- *Describir de manera explícita cómo implementar los cambios*
- *Un liderazgo que apoyó desde el inicio*
- *Un método de identificación de incidentes*

Otro ejemplo es el de Sudáfrica en el 2007. Teníamos un gran problema, ya que un tercio de las embarazadas estaba infectado con VIH, 20% de sus bebés se infectaba con VIH durante el embarazo y al

nacimiento, y 50% de los bebés infectados moría en el primer año de vida. Entonces pensamos en una estrategia con acciones específicas:

- *Liderazgo y políticas a través del plan estratégico nacional*
- *Acceso: 90% de las mujeres acudió a una clínica prenatal, 84% tenía su parto en una unidad de servicio médico dentro del sistema de salud*
- *Cadena de disponibilidad de terapia antirretroviral*
- *Fuerza de trabajo: 4.9 trabajadores por 1 000 habitantes*

Esto funcionó perfectamente a nivel local, pero al pasar a un nivel nacional necesitaríamos una estrategia a la que llamamos “sistema social colaborativo”. Para trabajar en ello se planteó un objetivo: reducir la transmisión del VIH de 20% a menos de 5% en 4 años. Participaron organizaciones no gubernamentales (ONG) para trabajar en conjunto. Atraer grupos que trabajan con un objetivo en común fue relativamente sencillo. Para septiembre del 2012 la transmisión vertical de VIH había disminuido a poco menos de 4%.

Para crear un cambio en gran escala es necesario:

- *Crear un sistema social para difundir la mejora*
- *Probar acciones de mejora*
- *Usar las ideas de los profesionales que viven los problemas porque esas ideas tienen un poder increíble de cambio*
- *Tener el enfoque en la ejecución sin perder voluntad, motivación e ideas*

El cambio es difícil pero no imposible, lograr la mejora de la calidad es difícil pero posible.

¿CÓMO GESTIONAR EL CAMBIO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA?

Francesc Moreu

24

93

El presente tema girará sobre cómo profundizar en las políticas en salud y qué es lo que hay que hacer para gestionar los cambios para implementar estas políticas.

México tiene un gran desafío: construir su estado de bienestar. Para ello es necesario hablar de la sociedad de bienestar. No se debe pensar que el bienestar del ciudadano se ha de jugar entre los individuos y el estado, pues se ha de jugar entre el individuo, el estado y ciertamente el mercado cuando se refiere a que el derecho a la protección de la salud es un derecho constitucional pero se tienen múltiples sistemas que cubren de manera diferente a miles de ciudadanos desde la provisión de los recursos.

El primer reto es estructurar el contrato social, el hacer que en la realidad la salud sea para todos los ciudadanos, esto sostendrá al país. La financiación no puede estructurarse en la economía cíclica, se ha de fundamentar en la economía estructural, es decir cuando el producto interno bruto (PIB) crece y aumenta la economía, pues cuando el PIB decrece, no hay dinero para la sociedad.

El segundo reto es hacer efectivo un determinado concepto de salud. La salud es un equilibrio entre los riesgos y los recursos. Es un nuevo concepto de salud que debe empoderar a la ciudadanía y esto implica un cambio sustantivo ya que mueve el centro de gravedad de los gobernantes hacia los ciudadanos. Esto cambiará el modelo del sistema.

El tercer reto, las políticas de salud, el plan de salud, no debe hacerlo la Secretaría de Salud. La salud es multifactorial, es un proyecto de gobierno ¿Cómo podemos tener todavía secretarías de salud verticales, cuando el problema de la salud es transversal? En Nueva Zelanda hay 12 ministros y 40 viceministerios, donde los ministros son *managers* que aplican un poco de educación, salud, alimentación, medio ambiente, financiación y también la intervención de los ciudadanos.

Un cuarto aspecto es que evidentemente este modelo se debe sustentar en los ciudadanos en sus tres dimensiones, como sociedad, como propietarios y como clientes, y hay que darles juego en estos tres niveles. Como sociedad al participar en la definición de política pública, no sólo la participación de los gestores sino como sociedad civil; los ciudadanos son algo a lo que nosotros debemos darle lugar. Como propietarios conviene que se sientan propietarios del sistema de salud porque actúan diferente, ven las cosas de manera distinta; los propietarios no son los políticos, son los ciudadanos y a ellos son a los que hay que empoderar. Por último, como clientes, el ciudadano como cliente da el sentido de respeto de su autonomía, el derecho de tomar decisiones a través del consentimiento informado, en donde el médico le explica sus riesgos y beneficios y el paciente toma la decisión de llevarlo a cabo. Las Guías de práctica clínica lo dicen muy claro, son recomendaciones para los médicos y pacientes para tomar una decisión respecto al proceso de atención o un problema específico de salud.

El quinto aspecto es, que si queremos realmente mejorar la calidad de la atención, dejemos de pensar en el pobre paciente y pensemos como el paciente. Es necesario dejar el paternalismo a un lado y pensar que el ciudadano es capaz de asumir responsabilidades al aplicar los principios que rigen el mundo del *management*: separar el negocio y el funcionamiento de la empresa. El negocio es pensar en el cliente, en qué productos y servicios son necesarios para dar respuesta a sus problemas y la forma de hacerlos llegar al cliente, mientras que la empresa es simplemente el lugar donde se llevan a cabo estos negocios.

Un sexto reto consiste en desregular el sector público y acercarlo al derecho privado. Es necesario incorporar el cambio en el ritmo de la organización y hacer que el cambio no sea algo extemporáneo sino algo normal y muy importante. El sector público debe funcionar como el sector privado, esto es progreso. El sector público debe ser tan rentable como lo es el sector privado, como lo financiero.

El séptimo aspecto es centrar el modelo en la atención primaria. El octavo se refiere a los cambios y las competencias para el liderazgo como estadistas y gerentes del cambio, no como políticos partidarios. Un liderazgo profesional es no pensar en colocar a líderes políticos “de los nuestros” sino de los “que son profesionales”.

El noveno aspecto es el liderazgo de los jefes de servicios y me refiero a la organización de los trabajos diarios al abordar el problema de los procesos, es decir, el liderazgo para la gestión clínica; sin este liderazgo es difícil avanzar.

El décimo reto se refiere a la necesidad de formar profesionales, inculcar a los mismos los términos de beneficencia, la excelencia médica, el respeto en la autonomía como derecho del ciudadano y la justicia. Hacer todo lo posible por un ciudadano y desbordar todos los recursos por ellos es una barbaridad; en lugar de eso hay que cambiar al concepto de la equidad. Hacer lo mismo para todos en un solo modelo, en un solo sistema.

COMPETENCIAS PARA EL CAMBIO: LA DIMENSIÓN HUMANA

Julio Frenk Mora

25

97

Quisiera enfocarme en el “cómo lograr los cambios” al abordar dos grandes temas. Empezaré por ubicar el contexto del tema de la calidad en los sistemas de salud.

Como ayer hablaba el doctor Enrique Ruelas, es necesario pasar de la calidad individual a la calidad de los sistemas de salud, para entonces centrarme en lo que creo yo es el corazón de los sistemas de salud. Hablamos de los sistemas de salud, sistemas complejos, como cajas negras que no entendemos, en donde en el corazón hay personas; es un encuentro entre un grupo de personas con necesidades de salud y otro grupo de personas educadas para dar satisfacción a esas necesidades; un encuentro entre una confianza y una conciencia, y por ello entonces hablar de la dimensión humana es el corazón de esta plática.

¿Cómo abordar la calidad de los sistemas? Hay que pasar de la calidad individual a la calidad colectiva. Los sistemas de salud en todo el mundo están sujetos a presiones inéditas en un entorno de innovación tecnológica sin precedente, mientras aumenta la demanda creciente de la población. Esto derivado por el reconocimiento de que la salud es fundamentalmente un derecho, pero también el empoderamiento de las personas que tienen acceso a la información.

Por último, la diferenciación profesional también ejerce presión en el sistema. Tenemos categorías de personas que se dedican de forma exclusiva a la atención de la salud; alrededor de 10 millones de personas en el mundo somos profesionales de la salud, y esta convergencia de fuerzas hace una presión sin precedentes en los sistemas de salud.

Pensar en la transición de la que hablaba el doctor Ruelas me hace reflexionar en la clásica diferenciación que hacía el doctor Avedis Donabedian sobre las tres definiciones de la calidad: la definición absoluta, la definición individualizada y la definición social.

La definición absoluta es aquella que tiene sobre todo una lógica profesional donde el profesionista con base en ciertas normas profesionales, idealmente derivadas de la evidencia generada de la investigación, decide cuáles son los procedimientos y el contenido que mejor responde a las necesidades de una persona. Esto lo hace de manera absoluta sin considerar elementos del contexto que a veces pueden restringir la aplicación de todos los elementos que la ciencia médica puede hacer disponibles en un momento dado. No estoy hablando de la gran cantidad de servicios de salud innecesarios o triviales, porque hay una gran cantidad de intervenciones que tienen esas características, sino de intervenciones médicamente necesarias, en donde esta definición absoluta buscaría estandarizar con base en una definición eminentemente profesional.

Como ninguno de los encuentros de los que he hablado ocurre en un vacío en la mayoría de los lugares, sobre todo cuando los individuos carecen de protección financiera, hay limitaciones, como la capacidad económica que hace que muchas veces el ideal absoluto identificado en las normas profesionales o algún elemento de preferencia personal nos lleve a una definición individual, en donde el equilibrio entre riesgos y beneficios pasa también por el juicio del paciente como coproductor de su propia salud. Y en la mayoría de los sistemas que evolucionan a esquemas de cobertura universal se impone también una necesidad social ante la que debemos optimizar el impacto agregado, dada la realidad ineludible de la escasez de recursos.

Por lo tanto, la definición de calidad que adoptemos será un componente central en esta transición de la calidad individual a la calidad en todo el sistema. Para pensar en la calidad en el sistema me ha servido abrir ese nivel sistémico que a su vez tiene cuatro grandes niveles: el nivel estructural, el nivel organizacional, el nivel programático y el nivel sistémico, en donde el tema de la calidad está presente en los cuatro niveles.

En el *nivel estructural* el objetivo principal son las grandes metas de la política pública: equidad, calidad y protección financiera, es decir, incluye la calidad explícita con la cual se va a juzgar el desempeño.

El tema tiene que ver con el diseño de los sistemas de salud, con base en la elegibilidad y la definición de las prioridades sociales. Con base en el sistema de quién es elegible para la atención como un principio de ciudadanía concebido como un derecho ciudadano hay distintos arreglos institucionales: cómo diseñamos las distintas instituciones; cuáles son las agencias públicas involucradas para la

atención a la salud, no sólo aquellas que se especializan en ella, sino otras agencias que pueden promover la salud, aquellas que nos dicen cuál es la relación entre los distintos sistemas del gobierno; el tema de la centralización; el papel del sistema privado; las modalidades de participación de la población en el sistema de salud; y, por último, la forma de participación de las instituciones reguladoras de recursos humanos para la salud, el papel de las universidades, las que generan muchos recursos de información o tecnológicos para el sistema de salud.

Este primer nivel tiene que ver con el diseño del sistema y esto constriñe los niveles de calidad; sin embargo esto no es suficiente.

El siguiente es el *nivel organizacional* cuyo objetivo principal es lograr la eficiencia de la asignación con objetivos claros, con base en criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social. En la reforma mexicana del 2003, que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud, el Seguro Popular, hay un objetivo implícito por moverse de la indefinición de los beneficios hacia la definición explícita de los mismos. Como decía el doctor González Pier, esta definición explica por qué el impacto global del sistema depende de los beneficios eficaces alcanzados, enfocados en prioridades con impacto, a diferencia de los que no tienen un impacto importante en la población, y aquí es donde empieza la definición de la calidad social. Entonces es donde nos interesa la eficiencia técnica, la forma en cómo producimos los servicios, y allí hay una definición trascendental de calidad a través de los elementos de seguridad, eficiencia y trato adecuado.

Por último, en todos los niveles de salud tenemos elementos necesarios que generan el cambio sistémico. Como dije antes, este es el corazón de los sistemas de salud.

A 100 años del informe Flexner, a fin de reflexionar cómo se producen los recursos humanos de la salud, quiero enfocarme en el título de esta sesión, sobre las competencias para el cambio. Por tanto es necesario hablar sobre la transformación de la educación para reformar los sistemas de salud. Para llevar a cabo este enfoque es necesario transitar de un planteamiento tradicional a uno basado en competencias. El enfoque educativo basado en competencias pone a este modelo tradicional de cabeza y arranca con una clara definición de las necesidades de la población y de ahí es de donde se derivan las competencias, no como objetivos intermedios sino como el resultado educativo, y de ahí se diseña el plan de estudios. El plan de estudios es la consecuencia y no el punto de partida, y lo que evaluamos no es la consecución de objetivos intermedios sino el grado

en el que se logran competencias específicas que responden a las necesidades de salud de la población.

Este es un verdadero enfoque sistémico en donde los sistemas de salud y educativo interactúan. No significa que este sistema educativo simplemente responde y satisface de manera pasiva lo que el sistema de salud demanda, sino que se promueve el desarrollo de un espíritu crítico que ayude a identificar las carencias y los defectos del sistema de salud y que desarrolle *profesionales para el cambio*. Esto es parte del requerimiento del sistema de salud, el entender sus deficiencias y cambiarlas. Esto no imprime una actitud de respuesta pasiva del sistema educativo sino que articula estos requerimientos a través del análisis crítico del sistema de salud.

Tenemos que pasar del modelo estrictamente de segmentación de los distintos profesionales de salud a un modelo de educación inter y transprofesional. El modelo de educación que se muestra aquí es que cada una de las profesiones en salud, medicina y enfermería tienen una educación separada, aunque en la realidad del trabajo está relacionada al tener que hacer labor en equipo en las instituciones de salud. Tenemos que cambiar ese paradigma y desarrollar competencias para generar ese trabajo en equipo.

En la categoría de salud pública incluyo a ese gran universo de profesionales de epidemiología y a los profesionales de administración y gerencia de los servicios de salud, profesional híbrido que entiende la clínica y la administración de la salud. Me parece que parte de lo que necesitamos es una educación interprofesional, no sólo de los profesionistas clínicos sino también de aquellos de la administración que están encargados de dirigir, ya sea de forma local, regional o nacional, el sistema de salud en su conjunto. En México hemos tenido experiencias en el Instituto Nacional de Salud Pública, en otras instancias, y ahora en la escuela que dirijo hay todo un énfasis en ello.

Termino con una reflexión más importante. Necesitamos pensar en tres niveles de aprendizaje: el nivel informativo, el formativo y el transformativo. El nivel informativo es muy importante en la educación, cuyo propósito es transferir información, desarrollar habilidades completas y el resultado es la educación del experto, gente que sabe hacer las cosas. Cuando pensamos en un médico queremos que sea un gran experto, competente en su materia. Pero esto no es suficiente, necesitamos pasar al siguiente nivel, que es el nivel formativo, donde además del conocimiento concreto de experto, las habilidades y destrezas, hay una socialización en valores, sobre todo los valores del servicio, como la equidad. Esa es la diferencia entre producir un experto y un profesional.

Un profesional es un experto que ha sido socializado en los valores del servicio al paciente individual, o el servicio a la colectividad según el nivel en el que opera ese profesional. Esto a su vez no es suficiente, pues necesitamos llegar al nivel del aprendizaje transformativo donde el objetivo es desarrollar competencias para el liderazgo, en donde el experto ya no sólo es un profesional sino que se vuelve en un *agente de cambio*. Ser un agente de cambio no quiere decir que está afuera en la calle haciendo manifestaciones, o demandando mejores prestaciones para el profesional de la salud.

Ser un agente de cambio significa ser un profesional que es consciente del entorno en el cual opera, que es crítico en ese entorno y tiene las competencias para analizar, diagnosticar, movilizar la evidencia y transformar no sólo el contenido técnico de su práctica profesional como clínico o como gerente, sino también para transformar las propias condiciones de su práctica;

101

eso por lo regular incluye competencias para poder llevar adelante el cambio del que hemos hablado de manera reiterada en esta mesa.

Cuando eso se logre armonizaremos el cambio para la calidad y lograremos finalmente tener la competencia encarnada en los humanos que le dan vida al sistema de salud, la competencia para una transformación permanente en la búsqueda del objetivo final que es lograr mejor salud, con mayor equidad, respeto a las personas y la protección financiera para todos los ciudadanos de una sociedad.

GESTIÓN DE EXCELENCIA PARA LA CALIDAD EN SALUD

S8

LAS REFORMAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD HACIA LA CALIDAD UNIVERSAL

Eduardo González Pier

26

La reflexión que debemos realizar hoy y a futuro es la importancia de hacer del tema de la calidad un trabajo en equipo. La salud, al igual que la calidad, no es una responsabilidad exclusiva del gobierno, no lograríamos nada sin sumar voluntades y esfuerzos. En ese sentido es un acierto que tengamos la atinada participación de la Academia Nacional de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud en la organización de este evento. Agradezco al doctor Enrique Ruelas Barajas y al doctor Osvaldo Artaza, así como por la integración del Consejo de Salubridad General que es uno de los componentes de gran importancia en la calidad de los servicios a través de procesos como la certificación, los cuadros básicos y otra serie de responsabilidades, doctor Leobardo Ruiz Pérez, muchas gracias. Por supuesto, doctor Sebastián García Saisó, que nos ha venido liderando, organizando y apoyando desde la Dirección General de Calidad y Educación en este evento. No omito mencionar la presencia de varias instituciones del sector: doctor Héctor Aguirre Gas, de Pemex, quien ha sido un colaborador y un personaje de la calidad desde hace muchos años, gracias; secretarios de salud doctor Cobos y doctor Basilio, gracias por acompañarnos; Fuerzas Armadas, otras instituciones, y nuestros invitados internacionales que nos han acompañado, de los cuales hemos tenido muy importantes participaciones.

Quiero usar breves minutos para reflexionar un poco sobre la coyuntura en que nos encontramos y sobre todo cómo podemos enmarcar los esfuerzos que hemos venido haciendo en estos días en lo que ha sido, y quizá seguramente será en los próximos meses y años, una serie de cambios que se vendrán dando. Como se decía antes, lo único constante es el cambio y lo que es importante es cómo seguir aprendiendo y mejorando los sistemas.

Muchos de nosotros hemos participado, a través de los años, desde distintos espacios y tiempos, en la evolución del sistema de

salud. Quisiera de alguna forma compartir las reflexiones de lo que han sido las reformas recientes, y sobre todo cómo podrían generarse algunos cambios en los próximos meses, quizá años, para que pudieran contextualizar lo que se hace en las distintas instituciones y cómo éstos podrían ir convergiendo en este gran proyecto del sistema universal de salud.

Dividiré en tres la historia de las reformas para luego cerrar en las reflexiones de lo que sigue. Empezaré con lo que llamaría casi 20 años de esfuerzos y convergencias, después nos situaremos en la coyuntura actual de cómo están las instituciones, qué funciona y qué no funciona, dónde están los retos y desafíos, y luego comentaré de forma breve cuáles son las posibles rutas que podríamos seguir como sistema hacia esta universalidad, integración o mayor funcionamiento, porque a lo que aspiramos es a servicios de calidad, como lo hemos dicho en estos días.

Déjenme empezar la historia: en 1995 se generó una reforma muy importante, la Ley del Seguro Social, que produjo una serie de parteaguas que no se dimensionaron en su momento, pero que han sido la secuela de lo que ha pasado en otras instituciones y de forma eventual a donde nos ha llevado el sistema. Lo quiero mencionar porque ha sido una historia de convergencia, no le voy a llamar de integración o unificación, sino de convergencia para que vean la importancia de esto.

En 1995 hubo una reforma del IMSS, una reforma de Ley, que fue básicamente una reforma de pensiones que pasó de un sistema de reparto. “Intergeneracionalmente” se pagaban las pensiones a un fondo de cuentas individualizadas basado en un fondeo de administradoras privadas. Todo eso no es tan relevante, lo importante es que en esa reforma sucedió algo trascendental que pasó desapercibido: por primera vez en la historia del financiamiento de la salud se instituyó una cuota social. El gobierno que aportaba de forma tripartita 5% del costo del seguro de cuotas de seguro de enfermedades y maternidad decidió pagar una cuota fija mucho más grande de lo que se pagaba antes e independiente del nivel de ingreso.

En 1995 se cambió la estructura del financiamiento del seguro de enfermedades y maternidad y se instituyó una cuota estatal por cada cotizante del seguro de enfermedades. Eso no generó mayor cambio, simplemente cambiaron las reglas de financiamiento, pues el gobierno aportó más al costo de la atención médica en el IMSS, y desde 1995 hasta el 2000 no hubo más allá que cambio en los recursos y presupuestos del Seguro Social. Pero en el 2000 arrancó una nueva

administración con el doctor Julio Frenk, con nuevas ideas, y el concepto fue muy sencillo: si tenemos una cuota por persona para financiar la atención médica de la seguridad social, que es proveniente de los impuestos, por qué no hacemos lo mismo para la población que no tiene seguridad social. Es decir, si del esfuerzo fiscal de todos los mexicanos, de los ingresos que tenemos ya sea de IVA, el petróleo, se le está dando una participación, una cuota única, sin tomar en cuenta el ingreso, a cada derechohabiente de la seguridad social, por qué no hacer lo mismo con el resto de la población que no tiene seguridad social. Así se empezaron a trabajar y a madurar las ideas de lo que sería el esquema de aseguramiento del Seguro Popular.

Recuerden ustedes que el Seguro Popular es un vehículo financiero, es un asegurador, no es un prestador de servicios. Los prestadores son los organismos públicos descentralizados y la red de hospitales que operan a nivel local. De ahí surgió la idea: mandemos el financiamiento también a la población no asegurada, que en aquel momento se manejaba de forma inercial a través del FASSA en el ramo 33, básicamente para nómina y además recursos que se dotaban a través del ramo 12. Pero la asignación no dependía de las poblaciones, la afiliación, dónde estaban, ni de qué se hacía en bloque.

Se cambió algo muy importante que fue mover el financiamiento inercial en bloque a un financiamiento asociado con un recurso per cápita por afiliado, y así nació uno de los pilares del Seguro Popular: el gobierno financiador aporta una cuota equivalente no sólo a los que tienen o no seguridad social, sino a los estados, cerrando brechas en el financiamiento.

El tercer cambio que sucedió también fue muy interesante, porque en 2005-2006 el ISSSTE también quería cambiar su esquema de pensiones y el esquema de financiamiento de atención a la salud, igual que el IMSS, y casi palabra por palabra se replicaba el financiamiento para el seguro médico del ISSSTE.

Por lo tanto, a partir del 2007 tenemos una misma base para el financiamiento. El gobierno, como financiador de la salud, le paga lo mismo a un mexicano que aporta al IMSS o al ISSSTE o que decide afiliarse al Seguro Popular.

De ahí nació toda esta estrategia de convergencia que de forma eventual hace efectivo que la salud o el acceso a la salud sea un derecho ciudadano, ahora un derecho humano y no un privilegio de la condición laboral.

Desde 1995 hasta el 2003 y luego al 2007 y eventualmente toda la consolidación de este esquema financiero conduce hacia una con-

vergencia de recursos. Esa es la parte sencilla, que todos tengamos las mismas disponibilidades presupuestales o los recursos para que el sistema funcione de forma equitativa.

Pero en la convergencia o en la equidad hay tres pasos, tres pasos para que todos los mexicanos tengamos las mismas protecciones u oportunidades para la protección de la salud. El primer paso es la convergencia financiera: mismo recurso, todas las poblaciones, entre instituciones y zonas geográficas.

El segundo paso, todavía más difícil, es la equidad en el acceso, es decir, cómo recursos equitativos se convierten en accesos equitativos. Ese ha sido el reto en los últimos 10 años sobre todo en el Seguro Popular: cómo convertir los recursos en hospitales, clínicas, pasantes, médicos, enfermeras, equipo y materiales consumibles, para que los diferentes niveles de acceso sean equitativos. Ese es parte del reto que hemos conversado en el Foro, cómo convertir los recursos en acceso equitativo.

El tercer paso y reto, que todavía prevalece y que va a tomar muchos años, es reconocer que el acceso es un instrumento que busca alcanzar equidad en las condiciones de salud, porque todavía no logramos que las morbilidades, las mortalidades y otra serie de indicadores logren y demuestren buenas condiciones de salud para todos los mexicanos.

Nos movemos en un esquema de convergencia en el que estamos pasando de la equidad financiera a la equidad de acceso; todavía no lo logramos. Y de la equidad del acceso queremos llegar a la equidad en las condiciones de salud.

Ahora nos encontramos en un sistema donde ya maduraron financieramente los tres pilares, el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud, pero todavía hay disparidades en mediciones de actividad como, por ejemplo, cuando uno trata de ver cuántos médicos per cápita tiene una población u otra, o el equipamiento, las resonancias, los medicamentos o los servicios de alta especialidad distribuidos en todo el país. Estamos moviéndonos hacia un sistema de equidad en el acceso, sin embargo todavía persisten retos.

¿Qué tenemos ahora? Existen tres subsistemas importantes (por supuesto hay otro que es el privado que se maneja de forma complementaria) que ya tienen una equidad y requieren dar el paso adicional, que es muy importante porque en los últimos 20 años el sistema pasó de una lógica de atención de pacientes agudos a una lógica de atención de pacientes crónicos. Si uno ve lo que pasaba en la década de 1980, era básicamente atención aguda, la mayoría

hospitalaria, por supuesto del parto, infección perinatal, temas pediátricos. El perfil de egresos del hospital tradicional en 1980 era casi todo enfermedades del rezago como partos, cesáreas, problemas pediátricos, infecciones respiratorias, gastrointestinales, y ese era un sistema relativamente sencillo si se mantenía desintegrado.

Cuando la necesidad es aguda no hay mucho tiempo para ver y comparar esquemas de acceso y calidad, simplemente a donde te mandan es donde te atienden. Pero cuando la patología se vuelve crónica los pacientes tienen mucho tiempo para entender cómo funciona el sistema y qué instituciones les conviene para atender su patología. Cuando nos pasamos de un sistema de infecciones y de eventos agudos a un sistema de pacientes nefróticas, diabéticos, con problemas cardiovasculares, hepáticos, oncológicos, no sólo es mucho más caro sino que el paciente es mucho más exigente con la calidad, porque conoce más de su patología y sus opciones; entonces el sistema se empieza a “integrar” por la presión de la población.

Vean el caso de padecimientos crónicos, como el VIH y otras afecciones en las que se puedan pensar, como hemofilia o cáncer, en los que la institución que da el mejor esquema es la que se queda con los pacientes. Yo tengo muy claro el caso del VIH en la década de 1990. El que tenía el esquema más vanguardista de retrovirales era el Seguro Social que tenía 70% de los pacientes VIH positivos. En la actualidad 60% de los pacientes VIH positivos los tiene el Seguro Popular. Las poblaciones empiezan a migrar y eso hace muy difícil mantener las equidades de acceso.

Cuando se pasa de una situación en que los pacientes no están informados a otra en la que el paciente puede acomodarse en el sistema, que en el argot económico se llama selección adversa, genera presiones muy importantes de atención. Si a eso se le suma el caso de las tecnologías, donde en muchos casos un equipo se justifica por tener 500 000 beneficiarios.

Antes no existía este tipo de economías de escala en la atención; ahora se tiene que consolidar la demanda para que sea viable desde el punto de vista económico. Hay situaciones muy interesantes, existen estados, ciudades, donde por ejemplo no hay nefrólogos, o un especialista para cada institución (uno para el IMSS, otro para el ISSSTE, otro para los Servicios de Salud), de tal forma que a quien tiene ciertas habilidades le ponen tres batas, una bata en la mañana, otra en la tarde y otra en la noche, y el médico se la pasa cambiando de hospital. El sistema está teniendo presiones muy importantes

para integrar la atención por las tecnologías y por las simples expectativas de la población.

Nos encontramos en esa situación donde el Seguro Popular ya cumplió su transición. Recuerden ustedes que se planteó una transición de 7 años que empezó en el 2004 y acabó hasta el 2012, porque la crisis del 2009 hizo un desfase de 1 año.

El IMSS también está en una situación de maduración en términos de afiliación. El ISSSTE tiene grandes retos por su envejecimiento progresivo. Respecto a la situación de partos del ISSSTE, cuando en el país hay alrededor de 2 millones de nacimientos, la población del ISSSTE sólo genera 40 000 nacimientos aunque tiene 10% de la población, lo que indica que dejó de ser una institución de atención obstétrica y pediátrica.

Si se regresa al Plan Sectorial de Salud, y todo lo que se ha venido trabajando, se puede observar un concepto muy interesante que amerita reflexión: el sistema nacional de salud universal, es decir, la universalidad de los servicios. Dos palabras clave que se tienen que pensar: universalidad y servicios.

Por desgracia *universalidad* se ha manejado como poblaciones, o sea *todos*, cuando el reto más importante de la universalidad es todo, *no todos*. El reto es universalizar el acceso a las intervenciones. En general toda la población se atiende pero no de *todo* lo que necesita ser atendida. “Servicios” no es sólo atención médica. Se debe definir el paquete de atención, las intervenciones. Queda todavía la duda de quién y cuándo.

Eso lleva a la reflexión de cuál es la agenda futura, que dividimos en dos vertientes, la primera, *universalidad de los servicios colectivos*, sobre todo rectoría, y la segunda es la *universalidad de las intervenciones de atención médica*, dos mundos distintos que además tienen protagonistas distintos. En el campo de la *universalidad de los servicios* que no son de atención médica, lo que hay que hacer es el fortalecimiento de la rectoría federal y local, que no tiene que ver con las instituciones de aseguramiento.

La agenda es que haya rectoría federal y estatal en todo el sistema, que en muchas cosas, aunque sorprenda, no la tenemos. Hay una asimetría en la medida en que la Secretaría de Salud es rectora entre todas las instituciones, las privadas y públicas, y dentro de las públicas las instituciones de seguridad social y los sistemas estatales.

Lo que necesitamos es rectoría universal, que quiere decir regulación de la calidad de los servicios, información de sistemas de salud universal, programas, protocolos y guías universales, así como

fortalecer los servicios de salud para que sean universales. Que la calidad de la atención, las posibilidades de atención, el riesgo de infección en un quirófano privado o público sean los mismos. Es decir, rectores de servicios, la universalidad de la rectoría.

Esa es la primera gran agenda de rectoría de la universalidad. No es de sorprender cuando se ven disparidades en protocolos de atención de antirretrovirales, atenciones médicas, problemas en el manejo de la donación de órganos entre las distintas instituciones. Lo que necesitamos son reglas claras para todos.

La segunda parte de la agenda es la universalidad de la atención médica, y ahí comienza la parte que se orienta a la atención médica: las instituciones, los hospitales, las unidades, los médicos, los residentes, esa es la otra parte. Ahora un punto muy importante: es muy difícil lograr la universalidad de la atención médica si no se tiene universalidad de la rectoría de los servicios de atención, pues uno sin el otro no funciona. Cómo vamos a universalizar los criterios de acceso a la atención si no tenemos primero universalidad en las reglas del juego, las reglas de la calidad, los tiempos máximos, información que todo mundo considera confiable y oportuna.

En la universalidad de la atención médica en esencia todo se resume en la convergencia en estándares. Estándares quiere decir dos cosas: calidad y oportunidad. El día que tengamos universalidad en la calidad podemos pasar al siguiente gran paso, que es la libre elección; no podemos tener libre elección si no tenemos estándares. Esa es la agenda de la universalidad, la cual no es una agenda sencilla, de hecho no es una sola reforma.

En ese sentido quiero dejarlos con una reflexión de lo mucho que se ha avanzado en 20 años, desde 1995 cuando ocurrió que el gobierno debería pagar por persona lo mismo que a los derechohabientes del IMSS, hasta la situación donde nos encontramos al tratar de traducir equidades presupuestales en acceso y el acceso en condiciones de salud.

Creo que hay que remarcar mucho de lo que tenemos que hacer como equipos, como instituciones, y en cada una de las entidades federativas. Cada quien avanza en distintos tiempos y en distintos rumbos, lo importante es que todo sea parte de una gran visión y de una gran estandarización porque al final del día a donde nos moveremos, si reflexionamos sobre los cambios, es hacia la salud como un derecho constitucional, ahora derecho humano, donde sin importar la condición laboral o las características sociodemográficas, las condiciones de salud tienen que ser las mismas, por supuesto, previo a las condiciones de acceso y financiamiento.

Viene una agenda de muchos años, quizá de muchas décadas, donde lo que es relevante es tratar de enmarcar todos estos esfuerzos siendo congruentes para lograr esta visión de universalizar los servicios de rectoría, la atención colectiva y el fortalecimiento de los bienes públicos de la salud, para con ello poder llegar a la universalidad de las intervenciones de la atención médica para que todos los mexicanos tengan el mismo trato, la misma calidad técnica y la misma oportunidad en las intervenciones de la atención médica.

LA GOBERNANZA COMO PALANCA PARA LA GESTIÓN DE EXCELENCIA

Jorge Lastra Torres

27

113

Distintos países y continentes han hecho grandes esfuerzos por avanzar en la gestión de excelencia en salud. Existen varios modelos de gestión, sin embargo cuando uno mira la realidad se hallan evidencias claras que demuestran grandes desafíos para que realmente pase lo que queremos. En este contexto las preguntas son, ¿por qué la cosas no ocurren como nosotros queremos?, ¿cuáles son las palancas para que esto ocurra? A continuación algunas reflexiones sobre la gobernanza, una palanca para dichos cambios:

La gobernanza se compone por la decisión política y el poder ciudadano, y sus funciones en el ámbito clínico se deben a tres pilares: la capacidad de liderazgo, el proceso y los equipos. El gran reto de la gobernanza es la ejecución, por lo que entonces debemos comenzar por identificar algunos aspectos críticos para gestionar la excelencia:

1. *No partir de lo organizacional, es decir, adecuación del equipo, la estructura, antes del cambio y el reconocimiento de las políticas*
2. *Calcular el stock de liderazgo*
3. *Crear coalición para el cambio, buscando aliados*
4. *Dar una visión seductora*
5. *Comunicar y discutir la visión estratégica*
6. *Remover obstáculos: identificar personas, normas y tener la voluntad de negociar*
7. *Proponer triunfos intermedios: ser capaz de crear propuestas progresivas*

8. No celebrar antes de tiempo
9. No dejarse vencer antes de tiempo
10. Equilibrar la flexibilidad y ser sistemático

Algunas de las claves para generar transformación y que modelan la *dinámica de los equipos* se basan en la generación de competencias y compromiso con los resultados y el aprendizaje: competencias técnicas y competencias genéricas.

El dominio de la *interacción dinámica del equipo* se refiere a la dinámica de las relaciones, aquella que determina que el desempeño de un equipo sea inferior, equivalente o superior a la suma de las acciones individuales de sus miembros. En esta dinámica el liderazgo, el trabajo en equipo y los procesos son claves.

La dinámica de las relaciones se permea por escuchar, aprender y transformar para obtener un alto desempeño y la excelencia. Escuchar y hablar, entonces, son dos grandes elementos para generar competencias.

El espacio emocional es fundamental en los equipos; tenemos que ser capaces de promover la humildad *versus* la arrogancia, la gestión de las diferencias, ver el pasado a través del resentimiento y a través del perdón, mirar el futuro con la capacidad del cambio.

Otra herramienta es *la cultura de la alta impecabilidad*, es decir, que se practique la claridad cuando uno promete, pide, ofrece y evalúa. El rol de líder se caracteriza por inspirar a los demás, crear un tono emocional positivo y esperanzador, demostrar compasión y conocer el corazón y la mente de los demás, siendo considerado con ellos, consigo mismo y con la organización.¹²

Hay una experiencia de aprendizaje personal que quisiera comentarles: en Chile, en el año 1990 fallecieron dos personas por VIH. Se sabía que eran portadores pero no recibieron tratamiento porque no habían sido seguidos por el sistema de salud; entonces esto abrió una gran ventana de oportunidad, porque nos creíamos los mejores, pero cuando comenzamos a buscar la realidad sobre cómo estábamos, nos dimos cuenta que sólo a 70% de los casos diagnosticados se le daba seguimiento. Buscamos la identificación del problema, lo hicimos en equipo y entonces aprendimos de nuestros errores. Tuvíamos que aplicar el ciclo reflexivo para aprender, preguntándonos qué sucedía y qué pensamos de lo que estaba sucediendo. Entonces aplicamos una evaluación positiva/negativa, analizamos toda

¹²Richard Boyatzis y Annie McKee. Resumen ejecutivo de Revista Conocimiento y Dirección, del libro "El Liderazgo Emocional".

esa información y preguntamos qué más podríamos hacer.¹³ Hace 2 años Chile, en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, realizó un encuentro de los hospitales en red para preguntar qué era lo que se tenía que hacer para mejorar. Los resultados más fructíferos fueron los siguientes:

1. *Un acuerdo político entre los tomadores de decisiones, los trabajadores y la población. Esta forma de participación fue básica, desde la gobernanza y las cuestiones jurídicas*
2. *La generación de un gobierno de red para la articulación*
3. *La diversificación de actores para nuevos centros*
4. *La definición de valores compartidos y sentido, visión*
5. *La formación universitaria*
6. *Un personal alineado*

Las estrategias que se diseñaron y ejecutaron se basaron en el trabajo coordinado entre establecimientos, con segmentación de las tareas en la integración de los equipos médicos y no médicos y en la construcción de protocolos en los distintos niveles. Se dio una construcción de confianza entre los equipos y jerarquías, y se promovió la participación de la población. La generación de pocos indicadores, que fueran eficaces y fáciles, así como la búsqueda y la transparencia en el financiamiento fueron cruciales. Se definió el rol de los gestores, se adaptaron y diseñaron políticas y programas integradores, y se privilegió el uso de las tecnologías de información.

115

¹³ Gobierno Clínico y Gestión Eficiente, 2010.

EL ASEGURAMIENTO Y LA GESTIÓN DE EXCELENCIA

Francesc Moreu

28

117

No caigamos en el error de no tomar en cuenta al "mercado" y sólo al Estado y al individuo. Si ya hemos convergido en la financiación, por qué no dar el paso hacia el aseguramiento. La excelencia de la gestión parte del aseguramiento. El mecanismo de cómo compra el financiador la calidad es la base del aseguramiento. A continuación mencionaré algunos lineamientos transversales que funcionan como palancas para estos cambios:

- **Gobernanza:** *el sector público debe administrar, no gestionar. Se debe desregular la gestión, pasar al derecho privado, no a "privatizar" la empresa pública, que debe ser tan rentable como la empresa privada. Los dueños de la gobernanza deben ser los usuarios asesorados por expertos, gente con experiencia en el negocio de la salud, representados por entes locales*
- **Modelo de organización y gestión:** *la planeación estratégica aúna el resultado a corto, mediano y largo plazos. Comienza cuando la aseguradora define la compra de un producto o servicio estandarizado. Este es el principio de la universalización de la calidad a través de dirección por objetivos y se dibuja una línea virtuosa: se define el plan estratégico que clarifica la forma de compra de servicios y los contratos de gestión en cada unidad de servicio*
- **Cultura de negocio:** *identificar quiénes son los clientes, qué necesidades tienen. La empresa es sólo el sitio donde se dan los servicios. En la empresa sólo están los costos, en el negocio están las oportunidades. El negocio lo gestionan los profesionales, de tal manera que debe darse más protagonismo a los mismos, a las líneas operativas*

- *Modelo asistencial:* los servicios son espacios corporativos de defensa de los profesionales, y la base de la organización de los servicios son los procesos, incluidos los extramuros no sólo los intramuros. En el continuo asistencial los servicios son transversales, ámbitos de conocimiento, líneas de producto. El cambio de modelo asistencial es clave
- *Incorporación del concepto de cambio como lo único permanente:* es necesario identificar a los líderes en los diversos niveles. El gestor clínico es quien en verdad tiene el poder de mover la brújula del sistema en la entrega del servicio o el producto. Pongamos a los mejores, aunque los mejores no sean específicamente los nuestros

¿Cómo estos cinco elementos se relacionan con la entrega de atención primaria, atención de hospitales y atención en redes?

En cuanto a la atención primaria en salud, ésta consiste en pasar del modelo convencional que trabaja sobre el individuo y la demanda, a un modelo que trabaja sobre la demanda basada en necesidades reales y bases científicas. Cuidado con los programas que no tienen base científica; al multiplicar las actividades de dichos programas por el tiempo, es imposible que el paciente se desprenda del sistema de salud, hay que basarse en la ciencia y la sensatez. Lo que la gente quiere es que la atiendan en el momento agudo, en el momento adecuado.

Es necesario pensar en la accesibilidad, no sólo geográfica, sino horaria, accesibilidad al paciente y al profesional, en la capacidad de resolución, donde el primer nivel debe ser capaz de solucionar 95% de los problemas de atención, sólo 5% debe ser enviado a segundo nivel. No olvidemos a los profesionales médicos, ellos son el *driver* de la atención continua, quienes atienden al paciente a través de un largo tiempo, a través de todo un sistema horizontal.

Hablar de los profesionales incluye al personal de enfermería, no hay actividades aisladas. Dentro de la atención primaria se debe buscar como reto la atención domiciliaria y la atención de pacientes crónicos; tener un médico de familia por cada 1 000 ciudadanos. Se debe poner enfoque en esta formación, pero habrá que prestigiar profesionalmente al médico de familia, pues ha de ser visto como el médico de cabecera, aquel que resuelve 95% de los problemas y que tiene el reconocimiento social.

La política de calidad en la atención primaria se debe introducir con gran intensidad, dicha política debe promover la introducción y el uso de las tecnologías de la información adecuadas para facilitar los procesos de atención, para aumentar la capacidad de resolución.

Respecto a la atención hospitalaria, ¿de qué sirve el control de calidad en un hospital? La política de calidad se debe plantear de forma distinta, ya que el hospital es una empresa que en esencia otorga servicios, no productos, donde la materia prima es el paciente, de tal forma que cuando falla el control de calidad, lo hace sobre el paciente, mientras éste al mismo tiempo es quien califica el servicio. El hospital debe ser entendido y abordado como un conjunto de negocios, no como un conjunto de servicios, por lo que el jefe de servicio debe ser un *product manager*, como el máximo responsable de la gestión de producto de una organización.

Es necesario revisar el modelo asistencial. Hoy en día asisten a la par a los hospitales los pacientes agudos y crónicos, pero éstos no pueden ser tratados de igual manera, pues el paciente crónico debe tratarse de tal forma que salga más satisfecho porque será un cliente frecuente.

Debemos pensar en la democratización de los servicios. No vale el “jefe de servicio” ya que tan profesional es el jefe como sus pares, por lo que debe haber consenso, gestión. Es necesario dar la vuelta al organigrama, la dirección debe ser facilitadora. Reconozcamos que quienes manejan la empresa son los financiadores y los que regulan el gasto, pero los que regulan el negocio son los profesionales. El 95% de los profesionales es gente buena, así que los incentivos deben ser razonados a partir de conocer lo que ellos quieren: irse a sus casas contentos con su propia piel; este es el mejor incentivo.

Nunca se les ocurra gestionar una red de servicios desde el hospital, esto debe hacerse desde el primer nivel, esa es la llave del grifo. El riesgo no se gestiona desde los hospitales sino desde la prevención y la promoción, *la red debe girar alrededor de la atención primaria*.

Es imprescindible que haya *una sola dirección*. La asignación de recursos a la red debe ser capitativa hacia un dirección única, y ésta la distribuye al potenciar la atención primaria y disminuir la atención hospitalaria, promueve el flujo de profesionales a través de la red, la formación continuada conjunta aplicable a necesidades reales, compartiendo guías de buenas prácticas, rutas críticas, protocolos e incentivos.

LA CRISIS DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA LA SALUD: PROBLEMAS DE CALIDAD

Carlos Rosales

29

121

Recordemos los componentes de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios, donde el objetivo es dar respuesta a las necesidades de la salud pública. Cuando pensamos en cuáles son los elementos que tenemos para poder actuar sobre el sistema, es evidente que los *botones de control* son exactamente las funciones del sistema de salud, mientras que las medidas intermedias de desempeño del sistema son la eficiencia, la calidad y el acceso. El alcance es el nivel de salud, la satisfacción y la protección financiera.

Dentro de los problemas de la crisis del modelo de atención, debe verse como problema a la calidad, la calidad del sistema, y entre esos problemas, los principales están relacionados con:

- *La deficiente seguridad de los pacientes*
- *La alta variabilidad clínica*
- *La atención centrada en los hospitales*
- *La insatisfacción ciudadana*
- *La insatisfacción de los profesionales de la salud*
- *El deterioro de las instalaciones*
- *La mala gestión de los recursos*

En este sentido el modelo asistencial debería plantearse a partir de las redes donde el punto de inicio es el primer nivel, la comunidad, las personas, mediante la atención especializada. El tema central de esto es la normalización de los procesos mediante la utilización y la articulación de guías de prácticas clínicas, protocolos, aplicables en las redes y en los procesos de referencia y contrarreferencia.

El paradigma del modelo de atención a la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad se basa en dimensionar y abordar a la persona como un todo, promoviendo procesos de decisión clínica compartida, con enfoque en la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad, siempre con respeto al enfoque de los derechos, la interculturalidad y el género, de tal manera que se visualice a las familias y las comunidades como receptoras y al mismo tiempo prestadoras de servicios de salud.

El actual modelo de prestación episódica de cuidados agudos no es costo-efectivo y puede producir resultados deficientes en el manejo de las personas con condiciones crónicas hasta que el paciente vuelve con un episodio nuevo o complicado, lo cual eleva los costos de atención. Cada caso de atención insuficiente genera mayores costos posteriores.

El activo más importante que se tiene en los sistemas de salud son los recursos humanos, ya que en ellos se enfoca cerca de 60% del gasto en salud. Dichos recursos son complejos, con diversos grados de especialización. Hay cuatro áreas de intervención en recursos humanos en el marco de desarrollo de los sistemas de salud basados en atención primaria en salud:

1. *Gestión de la educación/competencias*
2. *Gestión del trabajo, que incluye la gestión del cambio, lo que garantiza que el trabajador cuenta con las condiciones adecuadas para desarrollar su trabajo*
3. *Planificación/staffing*
4. *Administración de personal*

El proceso de cambio para la calidad no es posible si no enfoca en gran medida en los recursos humanos, en los profesionales.

GESTIÓN DEL CAMBIO PARA LA CALIDAD

Andreína González Etedgui

30

123

La calidad es un estilo de vida... pero la calidad no se da por decreto. ¿Cómo implantar una cultura de calidad y seguridad en un ambiente donde la estructura social no tiene ningún enfoque en ello? ¿Por qué a la gente no le interesa esto?

Es necesario entender qué piensa la gente respecto a algo, cuáles son sus valores. Para que algo perdure en el tiempo es necesario que las personas comprendan. Al dar formación en calidad dentro de una organización uno tiene acceso a la comunidad, a las familias, entonces hay oportunidad de orientar los valores de la empresa a los valores de las familias.

Es necesario pensar en los valores y las creencias de las personas; entonces comprendemos que la calidad no se decreta, no se impone, se vive, como individuos, como comunidades. La calidad se vive y se vive en la colectividad.

Les comparto el proceso de cambio del Servicio de Administración Tributaria (SAT). Para ellos era el momento de crecer, aumentar el cumplimiento de la contribución, ampliar la base de contribuyentes y disminuir el costo por la contribución. Era tiempo de mejorar la percepción y la imagen hacia los ciudadanos, un gran reto en una institución caracterizada por una gerencia media anquilosada, inflexible, con cotos de poder.

El primer paso fue que un pequeño grupo interesado en el cambio definió una decisión compartida, luego se analizó el modelo de servicio y el portafolio de proyectos. Entonces los 500 proyectos se racionalizaron y se hizo arquitectura empresarial, definiendo los prioritarios, para luego buscar la normatividad aplicable a los procesos. Entonces se encontró que para aplicar un nuevo diseño basado en procesos

más sencillos se necesitaba mejor tecnología, es decir, usar la tecnología como apalancamiento.

Luego entonces se trabajó sobre la cultura a partir de cuatro ejes:

- *Organización*
- *Manifestaciones y expresión*
- *Relacionarse entre personas*
- *Recursos humanos*

Nos dimos cuenta que la forma de comunicación por escrito y con fin de proteccionismo generaba falta de respeto y desconfianza. Teníamos oficinas sucias, desordenadas, sin respeto hacia el tiempo de las personas, tanto de los colaboradores como de los clientes. Las oficinas lucían desorganizadas, con déficit de insumos, nada coincidía; todo estaba, pero nada coincidía. Obviamente quien trabajaba en un lugar así no quería atender bien al usuario final, entonces el reto consistió en dignificar el lugar y el espacio de los trabajadores del SAT. Los servicios digitales permitieron mejor afluencia de gente, menor desorden.

En general, después de aplicar varias herramientas de mejora de la calidad, de procesos y desarrollo organizacional se lograron cambios interesantes, como pasar de una buena percepción, de 40 a más de 80%.

Se aumentó la base de contribuyentes de 7 millones en 2001 a 22 millones en 2006; se formaron equipos para que hubiese mantenimiento de los nuevos procesos, y muchísimas personas se sumaron. Comprendimos el proceso de cambio en espiral, es decir, que nunca se pueden cambiar las cosas en un solo momento, la mejora de la calidad es en espiral.

APRENDIZAJES EN LA GESTIÓN DE EXCELENCIA EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Oswaldo Artaza Barrios

31

125

Los cambios demográficos y epidemiológicos, la aparición rápida de nuevas tecnologías, los cambios en las preferencias de los usuarios, el incremento de los costos de producción de los servicios, las luchas sociales, las exigencias por los derechos a avances en la equidad y la seguridad de las prestaciones, las dificultades éticas relacionadas con la escasez de recursos y la preocupación de los pueblos por garantizar la cobertura universal en salud nos obligan a innovar, ya que no es posible más de lo mismo, desde la incertidumbre y la complejidad; se necesitan nuevos imperativos de gestión.

Aunque no consigamos el sueño, tenemos la obligación de dar los pasos indispensables para llegar a ello, y para esto es necesario trabajar en la rectoría. Para asegurar el continuo, los ciudadanos no comprenden las islas que el sistema les ha colocado.

Liderazgo, educación, manejo clínico continuo y coordinación son los enfoques en los que debe trabajar todo el sistema en sus diversos niveles. Volver al sentido común demanda recapacitar en los siguientes aspectos:

- *Sustituir un organigrama por otro, una estructura obsoleta por otra inútil no es ninguna solución. La gestión no es para aficionados, se debe migrar de las modas y teorías de la gestión a la atención centrada en las personas. La gestión va de la clínica hacia la política, no al revés y nos compete a todos. La gestión del riesgo y del error son parte del oficio de la salud, el peligro es que no sean fuente de aprendizaje. El paciente se impacienta y entonces el usuario es el no usuario, por lo que un gran error es diseñar políticas sólo para los que tocan las puertas*
- *No intentes gestionar si no has entendido el encargo, es decir, el qué, el cómo (modelo de atención) y el con qué. Los recursos se deben alinear a ese encargo. Buenos incentivos colectivos que se orientan al encargo han probado ser muy efectivos*

- *Las organizaciones no hacen lo que uno ordena sino lo que ellos entienden y conocen. Las organizaciones de servicios de salud no trabajan con colaboradores manuales sino con colaboradores de conocimiento, entonces la clave es hacer buenos contratos internos, negociar y conocer a la gente que trabaja en la salud*
- *El centro de la atención siempre debe ser el usuario. La atención tiene que ser efectiva, segura y compasiva. La continuidad de la atención debe ser la norma, y el nivel de cuidado ajustarse a las necesidades del paciente. Piense en sus productos, en sus objetivos, estructure su establecimiento al discurrir en las necesidades de las personas; piense en unir antes que en separar*
- *Estructure su establecimiento al pensar en las necesidades de las personas y ponga las tecnologías y los profesionales en el lugar correcto. Busque socios y haga alianzas*
- *Mida y déjese medir con pocos indicadores que sean útiles para que las personas aseguren el rumbo, y crea también en lo que no pueda medir*
- *Busque un buen maletín y buenas herramientas. Estandarice lo que pueda, si algo no funciona es porque alguna conversación no se está dando. No comience de cero, no haga de la calidad un check list formal, haga algo épico y ético. Conozca sus procesos principales, analícelos de manera crítica con quienes lo ejecutan y pida que busquen mejoras. Enfrente los problemas desde lo que funciona. Intente múltiples microestrategias en simultáneo y desde distintas miradas. No le tenga miedo al riesgo y al error, téngale pánico a no aprender, comprenda su cultura organizacional, celebre los éxitos, dude de sus juicios y, por sobre todo, escuche*
- *No haga malabarismos, priorice, administre la escasez sin perder el buen humor. Devuelva la responsabilidad. Conozca los principales costos. Compararse y preguntarse por las diferencias es buena disciplina. Tenga un portafolio de proyectos bien fundados. Sea claro, la ambigüedad cuesta caro. Invierta en su gente y escuche a los usuarios. El cementerio de los gerentes de salud está lleno de expertos; 80% del tiempo de un gerente debe estar orientado a administrar al jefe y 20% a los subalternos*
- *Sobrevivir en el entorno de la complejidad del sistema de salud implica dejarse espacio a sí mismo, sin pasión en salud no pasa nada. Para transmitir pasión se necesita tenerla dentro*

CONCLUSIONES

S9

Después de escuchar diversas posturas de expertos sobre los aspectos esenciales de la gestión en salud (gobernanza, liderazgo, gestión clínica, procesos asistenciales en red, cultura organizacional y gestión del cambio) para generar el mejor contexto con el fin de obtener los mayores estándares de calidad, menciono los siguientes puntos a manera de conclusiones:

1. *Hay dos maneras de hacer cambios, la primera, de forma coercitiva, y la segunda al modificar la cultura. Cultura tiene que ver con los incentivos. El comportamiento, las creencias y los valores forman una pirámide y las creencias están en la base. El reconocimiento hace que el valor se manifieste, por lo que sí hacer las cosas bien sí tiene un valor, este es el mensaje de los incentivos: le dan valor al valor orientando las conductas hacia donde se debe*
2. *No es posible empezar por todas partes. Es necesario escalar, no sólo de forma geográfica sino en cuestión de temas concretos: ¿qué queremos mejorar de la atención a la población de pacientes diabéticos? ¿en el embarazo? Hay que empezar por los 80/20 para definir las prioridades y sobre eso escalar*
3. *Para conducir un cambio no basta con querer cambiar, hay que saber cómo hacer el cambio. Cualquier cambio genera duelo; si no entendemos que las poblaciones tienen una manera de comportarse frente a los cambios, no sabremos en quiénes y en qué hay que enfocarnos*
4. *La ejecución: tenemos una debilidad importante en la capacidad de ejecución del sistema. Existen buenas ideas, buenos diseños, pero poco sabemos sobre cómo ejecutarlos; se necesita capacidad gerencial*
5. *Todavía hay una confusión de niveles de mejora de la calidad: la calidad individual y la calidad en el sistema. Necesitamos ir adecuando las acciones según los niveles de intervención*
6. *Al dar los pasos de la equidad financiera hacia la equidad en el acceso, y de la equidad en el acceso hacia la equidad en salud, hay tres factores a considerar: los recursos y la eficiencia para que con*

esos recursos se pueda hacer lo que se debe hacer, y la variedad de la accesibilidad (geográfica y cultural, entre otras). Podemos lograr la equidad en el acceso, pero no puede haber equidad en la salud si lo que se hizo con el acceso y el financiamiento no se hizo bien

- 7. Se habla de redes, pero si no se entiende lo que son los sistemas complejos, seguiremos operando redes vacías*
- 8. Atención centrada en la persona. Hay que ponerse en los zapatos de la persona, no basta con suponer lo que la persona piensa, sino dejarlo pensar, decir y decidir*
- 9. En el cambio cultural los huesos más duros de roer somos los médicos, porque somos autónomos*
- 10. Cuando nos enfocamos sólo en la modificación de la cultura puede resultar que la gente termine haciendo lo mismo, pero más contenta. Los procesos son esenciales, por ello el cambio de la cultura debe ser modelada por el rediseño de los procesos*

NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS



NOTAS



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

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

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



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

