

Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución



Margaret E Kruk, Anna D Gage, Catherine Arsenaault, Keely Jordan, Hannah H Leslie, Sanam Roder-DeWan, Olusoji Adeyi, Pierre Barker, Bernadette Daelmans, Svetlana V Doubova, Mike English, Ezequiel García Elorrio, Frederico Guanais, Oye Gureje, Lisa R Hirschhorn, Lixin Jiang, Edward Kelley, Ephrem Tekle Lemango, Jerker Liljestrand, Address Malata, Tanya Marchant, Malebona Precious Matsoso, John G Meara, Manoj Mohanan, Youssoupha Ndiaye, Ole F Norheim, K Srinath Reddy, Alexander K Rowe, Joshua A Salomon, Gagan Thapa, Nana A Y Twum-Danso, Muhammad Pate

Resumen ejecutivo

Si bien en las últimas décadas los países de bajos y medianos ingresos (PBMi) han mejorado sus resultados en materia de salud, actualmente nos enfrentamos a una nueva realidad. Los continuos cambios en las necesidades médicas, las crecientes expectativas de los ciudadanos y los nuevos y ambiciosos objetivos del sector salud están elevando el nivel que los sistemas sanitarios deben superar para producir mejores resultados y aportar un mayor valor social. Sin embargo, para satisfacer estas exigencias no será suficiente con mantenerse en la trayectoria actual. Lo que hace falta son sistemas de salud de alta calidad que optimicen la atención médica en todos los contextos, presten sistemáticamente cuidados que conserven o mejoren la salud, se ganen la estima y confianza de todos y respondan a las cambiantes necesidades de la población. La calidad no debería limitarse a la esfera de las élites ni ser una aspiración para un futuro distante, sino un componente integral de todos los sistemas de salud. Además, el derecho humano a la salud pierde todo su sentido en ausencia de una buena calidad asistencial, puesto que los sistemas sanitarios no serán capaces de mejorar la salud sin ella.

Proponemos que los sistemas sanitarios sean evaluados principalmente según sus efectos, tales como la mejora y distribución equitativa de la salud; en función de la confianza que los ciudadanos depositen en su sistema de salud, y a partir de su beneficio económico y sus procesos asistenciales, definidos como prestación adecuada de cuidados y experiencias positivas entre los usuarios. Los cimientos de los sistemas sanitarios de alta calidad están constituidos por la población y sus necesidades y expectativas en materia de salud; la buena gestión del sector sanitario y las alianzas entre los distintos sectores; las plataformas para la prestación de cuidados; los niveles de dotación y las destrezas del personal, y las herramientas y recursos disponibles, desde los medicamentos hasta el manejo de la información. Además de contar con cimientos sólidos, los sistemas de salud deben desarrollar la capacidad de medir los datos y usarlos para aprender de ellos. Los sistemas sanitarios de alta calidad deben regirse por cuatro valores: estar al servicio de los ciudadanos, ser equitativos, ser resistentes y ser eficientes.

Para esta Comisión hemos estudiado la bibliografía, analizado encuestas y realizado estudios cualitativos y cuantitativos con el fin de evaluar la calidad asistencial prestada a la población de los PBMi a través de una

amplia variedad de necesidades médicas incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Hemos explorado las dimensiones éticas de los cuidados de alta calidad en entornos con recursos limitados y revisado las medidas disponibles y las estrategias de mejoramiento. De esto hemos sacado cinco conclusiones:

Los cuidados que recibe la población suelen ser inadecuados; la baja calidad asistencial es común para todas las enfermedades y en todos los países, afectando en mayor grado a los grupos más vulnerables

Los datos relativos a diversos países y enfermedades muestran deficiencias sistemáticas en la calidad asistencial. En los PBMi, las mujeres y los niños reciben menos de la mitad de las actuaciones clínicas recomendadas en las visitas preventivas o curativas típicas; menos de la mitad de los casos de sospecha de tuberculosis son tratados correctamente, y menos de una de cada diez personas diagnosticadas de un trastorno depresivo mayor recibe un tratamiento mínimamente adecuado. Es frecuente que los diagnósticos sean incorrectos para enfermedades graves como la neumonía, el infarto de miocardio o la asfixia del recién nacido. Los cuidados pueden resultar demasiado lentos para enfermedades que requieren una actuación inmediata, lo que reduce las probabilidades de supervivencia. A nivel de sistema, hallamos grandes brechas en la seguridad, prevención, integración y continuidad, reflejadas en una escasa permanencia de los pacientes y una coordinación insuficiente entre las distintas plataformas asistenciales. Una de cada tres personas residentes en países PBMi refrieron experiencias negativas con su sistema de salud en las áreas de atención, respeto, comunicación y duración de las citas (es común que las consultas duren 5 minutos); en el extremo de estas experiencias se situó el trato irrespetuoso e incluso insultante. La calidad asistencial es peor para los grupos vulnerables, entre ellos las personas que viven en situación de pobreza, aquellos con menor nivel educativo, los adolescentes, los afectados por enfermedades estigmatizadoras y las personas marginadas de los sistemas de salud, tales como quienes están privados de libertad.

La cobertura sanitaria universal (CSU) puede ser un buen punto de partida para mejorar la calidad de los sistemas de salud. La mejora de la calidad, conjugada con la expansión de la cobertura y la protección económica, debería ser un componente esencial de las iniciativas de

Published Online
 September 5, 2018
[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA, USA (M E Kruk MD, A D Gage MSc, C Arsenaault PhD, H H Leslie PhD, S Roder-DeWan MD); New York University College of Global Public Health, New York, NY, USA (K Jordan MSc); The World Bank, Washington, DC, USA (O Adeyi MD); Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, USA (P Barker MD); WHO, Geneva, Switzerland (B Daelmans MD, E Kelley MD); Mexican Institute of Social Security, Mexico City, Mexico (S V Doubova MD); KEMRI—Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenya (M English MD); Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Buenos Aires, Argentina (E G Elorrio MD); Inter-American Development Bank, Washington, DC, USA (F Guanais PhD); WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Neuroscience, Drug and Alcohol Abuse, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria (Prof O Gureje PhD); Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA (Prof L R Hirschhorn MD); National Centre for Cardiovascular Disease, Beijing, China (L Jiang MD); Federal Ministry of Health of Ethiopia, Addis Ababa, Ethiopia (E T Lemango MD); Bill and Melinda Gates Foundation, Seattle, WA, USA (J Liljestrand MD); Malawi University of Science and Technology, Limbe, Malawi (Prof A Malata PhD); London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK (T Marchant PhD); National Department of Health of the Republic of South Africa, Pretoria, South Africa

(M P Matsoso LLM);
 Department of Global Health
 and Social Medicine, Harvard
 Medical School, Boston, MA,
 USA (Prof J G Meara MD); Duke
 University Sanford School of
 Public Policy, Durham, NC, USA
 (M Mohanan PhD); Ministry of
 Health and Social Action of the
 Republic of Senegal, Dakar,
 Senegal (Y Ndiaye MD);
 Department of Global Public
 Health and Primary Care,
 University of Bergen, Bergen,
 Norway (Prof O F Norheim MD);
 Public Health Foundation of
 India, New Delhi, India
 (K S Reddy MD); Malaria Branch,
 Division of Parasitic Diseases
 and Malaria, Center for Global
 Health, US Centers for Disease
 Control and Prevention,
 Atlanta, GA, USA
 (A K Rowe MD); Stanford
 Medical School, Stanford, CA,
 USA (Prof J A Salomon PhD);
 Legislature Parliament of
 Nepal, Kathmandu, Nepal
 (G Thapa MA); MAZA, Accra,
 Ghana (N A Y Twum-Danso MD);
 and Big Win Philanthropy,
 London, UK (M Pate MD)

Dirección de correspondencia:
 Dr. Margaret E Kruk,
 Harvard T H Chan School of
 Public Health, Department of
 Global Health and Population,
 Boston, MA 02115, USA
 mkruk@hsph.harvard.edu

la CSU. Los gobiernos deberían comenzar por establecer una garantía de calidad para los servicios de salud a escala nacional, en la que se especifique el nivel de adecuación y la experiencia que pueden esperar los usuarios. A fin de asegurar que todos se beneficien de la mejora de los servicios, la expansión de la cobertura debería dar prioridad a los pobres y a sus necesidades médicas desde un principio. El progreso en la CSU debería medirse en función de la eficacia de la cobertura atendiendo a los criterios de calidad corregidos.

Los sistemas de salud de alta calidad podrían salvar más de 8 millones de vidas al año en los PBMI

Cada año mueren más de 8 millones de residentes de países PBMI por enfermedades que deberían ser tratables por el sistema de salud. Solamente en el año 2015, esas muertes ocasionaron pérdidas económicas de 6 billones de dólares estadounidenses. La baja calidad asistencial es ahora un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que el acceso insuficiente a servicios. El 60% de las muertes por enfermedades susceptibles de tratamiento médico se deben a una baja calidad asistencial, mientras que el resto de los fallecimientos son consecuencia de no haber recurrido al sistema de salud. Los sistemas sanitarios de alta calidad podrían prevenir 2,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares; 1 millón de muertes neonatales; 900.000 decesos por tuberculosis, y la mitad de todas las muertes maternas cada año. La calidad asistencial se convertirá en un impulsor cada vez más importante de la salud poblacional, a medida que aumente la utilización de los sistemas de salud y que la carga de morbilidad recaiga en enfermedades más complejas. Las altas tasas de mortalidad en los PBMI por causas tratables, como lesiones y problemas quirúrgicos, complicaciones de las madres y los recién nacidos, enfermedades cardiovasculares y padecimientos prevenibles mediante vacunas ilustran la profundidad y el alcance del desafío de establecer cuidados médicos de calidad. La baja calidad asistencial puede provocar otros resultados adversos, tales como sufrimiento innecesario por mala salud, persistencia de los síntomas, pérdida de la funcionalidad y recelo y desconfianza hacia los sistemas de salud. El derroche de recursos y los gastos desorbitados son efectos secundarios de los sistemas sanitarios de baja calidad que repercuten en la economía. Por todo ello, solamente una cuarta parte de los residentes en PBMI cree que sus sistemas de salud funcionan bien.

Los sistemas sanitarios deberían medir y comunicar lo que más les importa a los ciudadanos, entre otras cosas, la prestación adecuada de cuidados, las experiencias de los usuarios, los resultados de salud y la confianza en el sistema

La medición es clave para exigir responsabilidades y lograr mejoras, pero las medidas disponibles no captan muchos de los procesos y resultados que más les importan a los usuarios. Al mismo tiempo, los sistemas de datos generan muchos parámetros que producen

información deficiente que entraña una elevada carga económica y de tiempo para el personal sanitario. Por ejemplo, aunque en las encuestas suele incluirse información sobre medicamentos y equipos médicos, estos aspectos guardan una escasa relación con la calidad de los cuidados que reciben los pacientes. Otros indicadores, como la proporción de nacimientos con profesionales capacitados, no reflejan la calidad de la atención al parto y pueden generar una falsa seguridad respecto a los progresos conseguidos en salud materna y neonatal.

Esta Comisión reclama que se generen menos pero mejores medidas para evaluar la calidad de los sistemas de salud, que sean utilizadas tanto a escala nacional como subnacional. Los países deberían presentar informes públicos anuales sobre el rendimiento de su sistema de salud mediante el uso de un tablero de parámetros clave (p. ej., resultados de salud, confianza de los ciudadanos en el sistema, nivel de adecuación del sistema y experiencias de los usuarios) junto con mediciones centradas en la protección financiera y la equidad. El mantenimiento de registros vitales robustos y de sistemas de información sanitaria actualizados y fiables son condición indispensable para una buena valoración del rendimiento. Los países necesitan encuestas ágiles e innovadoras y medidas en tiempo real de los centros de salud y los grupos poblacionales, que reflejen los sistemas sanitarios de la actualidad y no los del pasado. A fin de generar e interpretar los datos, los países deben invertir en instituciones nacionales y en profesionales con marcadas habilidades cuantitativas y analíticas. Los aliados del desarrollo global pueden encargarse de respaldar la generación y comprobación de recursos públicos para la medición de los sistemas de salud (registros civiles y vitales, sistemas de datos ordinarios y encuestas sistemáticas sobre el sistema sanitario) y de promover instituciones nacionales y regionales, así como de facilitar la formación y asesoría de los científicos.

Es fundamental realizar nuevas investigaciones para transformar los sistemas sanitarios de baja calidad en sistemas de alta calidad

Los datos relacionados con la calidad asistencial de los PBMI no reflejan la carga de morbilidad actual. En muchos de estos países, sabemos poco sobre el nivel de calidad en el tratamiento de enfermedades respiratorias, cáncer, salud mental, lesiones y procedimientos quirúrgicos, o sobre el cuidado que reciben los adolescentes y los ancianos. Existen amplios puntos ciegos en áreas como las experiencias de los usuarios, el nivel de adecuación del sistema o la confianza que éste genera y el bienestar de los ciudadanos, incluso en los resultados comunicados por los pacientes. La medición de la calidad del sistema de salud en su conjunto y en cada punto del proceso asistencial es imprescindible, pero no se lleva a cabo. Para reducir estas brechas hará falta no solamente constituir mejores sistemas de

información rutinaria sobre la salud con fines de vigilancia, sino además realizar nuevos estudios, tal como se propone en la agenda de investigación de esta Comisión. Por ejemplo, será necesario hacer más investigaciones para evaluar con rigor los efectos y costos de las estrategias de mejoramiento recomendadas en lo que concierne a la salud, las experiencias de los pacientes y la protección financiera. Los estudios científicos de implementación pueden ayudar a discernir los factores contextuales que favorecen u obstaculizan las reformas. La recopilación e investigación de nuevos datos debe diseñarse explícitamente para reforzar la capacidad nacional y regional en materia de investigación.

La mejora de la calidad asistencial exigirá tomar medidas en todo el sistema

Para abordar la magnitud y la amplitud de las deficiencias de calidad que hemos documentado en esta Comisión, será necesario reformar el sistema de salud desde los cimientos. Dado que los sistemas de salud son organismos complejos y flexibles que funcionan en múltiples niveles interconectados, es poco probable que las soluciones a pequeña escala (esto es, en términos de profesionales sanitarios o centros médicos) logren por sí solas modificar el rendimiento subyacente del sistema en su conjunto. Sin embargo, hemos hallado que las intervenciones dirigidas a cambiar el comportamiento de los profesionales sanitarios dominan el campo del mejoramiento, aun cuando muchas de ellas ejercen un efecto moderado en el rendimiento de los profesionales y son difíciles de llevar a escala y mantener en el tiempo. Para lograr sistemas sanitarios de alta calidad se requiere ampliar el ámbito de las mejoras, de modo que incluya reformas estructurales capaces de actuar sobre los cimientos del sistema.

Esta Comisión respalda cuatro acciones universales dirigidas a elevar la calidad en todo el sistema de salud. En primer lugar, los directivos de los sistemas sanitarios deben regirse por la búsqueda de la calidad, adoptando una visión compartida de la calidad asistencial, una clara estrategia para lograr la calidad, estrictas regulaciones y un proceso de aprendizaje continuo. Los ministerios de salud no pueden conseguir este objetivo por sí solos, por lo que deberán asociarse con la empresa privada, la sociedad civil y ámbitos que van más allá del sector salud, como la educación, la infraestructura, la comunicación y el transporte. En segundo lugar, los países deben

rediseñar la prestación de servicios para optimizar los resultados sanitarios en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico a los servicios. La atención primaria puede abordar un espectro más amplio de problemas de baja urgencia, mientras que los hospitales o centros especializados deberían tratar situaciones que, como los partos, requieran conocimientos clínicos avanzados o acarreen el riesgo de complicaciones imprevistas. En tercer lugar, los países deberían transformar la fuerza laboral sanitaria basada en idoneidad, impartiendo educación clínica competente, introduciendo cursos de formación ética y cuidados respetuosos, y apoyando y respetando mejor a todos los empleados para que presten los mejores cuidados posibles. En cuarto lugar, los gobiernos y la sociedad civil deberían transmitir a la población la importancia de demandar calidad, para así empoderarlos a exigir esta responsabilidad a los sistemas y a buscar activamente cuidados de alta calidad. Estos intentos pueden complementarse con acciones concretas adicionales en áreas como la financiación y gestión de la asistencia sanitaria, el aprendizaje a nivel distrital y otras medidas. Lo que funciona en un ámbito podría no funcionar en otro, por lo que las medidas de mejoramiento deberán adaptarse y supervisarse según el contexto local. Los organismos financiadores deberían alinear su apoyo con estrategias que engloben a todo el sistema, en lugar de contribuir a la proliferación de medidas a pequeña escala.

En esta Comisión afirmamos que la prestación de servicios sanitarios sin garantizar un nivel mínimo de calidad resulta ineficaz, malgasta los recursos y es contraria a la ética. La búsqueda de un sistema sanitario de alta calidad, que mejore la salud y genere confianza y beneficios económicos, es una decisión más política que técnica. Los gobiernos nacionales deben invertir en sistemas sanitarios de alta calidad en beneficio de sus propios habitantes, que sean responsables ante los ciudadanos a través de medidas legislativas, educación sobre derechos, regulación, transparencia y una mayor participación pública. Los países sabrán que están en camino de conseguir un sistema sanitario responsable y de alta calidad cuando los profesionales de la salud y los legisladores políticos opten por recibir su atención médica en sus propias instituciones públicas.

Copyright © The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY 4.0 license.