HQSS
The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era

Comisión *Lancet* sobre salud global

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 Arsenault, 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 los países de bajos y medianos ingresos (PBMI) han alcanzado mejoras en materia de salud en las últimas décadas, en la actualidad, la realidad es diferente. Los continuos cambios en las necesidades médicas, las crecientes expectativas de la sociedad y los nuevos y ambiciosos objetivos del sector de la salud elevan los estándares que los sistemas sanitarios deben superar para brindar mejores resultados y aportar un mayor valor social. Sin embargo, mantenerse en la trayectoria actual no bastará para cumplir con estas exigencias. Se necesitan sistemas de salud de alta calidad que optimicen la atención médica en cada contexto en particular, presten cuidados de forma sistemática que conserven o mejoren la salud, generen confianza y respeto en todas las personas y respondan a las necesidades fluctuantes de la población. La calidad no debe ser un privilegio de una elite ni tampoco una aspiración para un futuro distante, sino que debe ser el ADN de todos los sistemas de salud. Asimismo, el derecho humano a la salud carece de sentido si no se cuenta con una atención médica de calidad, dado que sin ella los sistemas sanitarios no pueden mejorar la salud.

Proponemos que los sistemas de salud se evalúen principalmente en función de los efectos que producen, tales como mejoras en la salud y una distribución equitativa de esta; la confianza que los ciudadanos depositan en ellos; el beneficio económico que generan y los procesos de atención que los componen, que consisten en la prestación de atención competente y la experiencia positiva del usuario. Los cimientos de los sistemas de salud de alta calidad comprenden a la población y sus necesidades y expectativas, la gobernanza del sector de salud y las asociaciones entre distintos sectores, las distintas plataformas para la prestación de atención sanitaria, la cantidad de personal y su formación; y, por último, las herramientas y recursos, que abarcan 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 la información y utilizarla para adquirir nuevos conocimientos. Los sistemas sanitarios de alta calidad deben regirse por cuatro valores: estar al servicio de las personas y ser equitativos, resilientes y eficientes.

Para esta Comisión, hemos estudiado la literatura disponible, analizado encuestas y realizado estudios cualitativos y cuantitativos a fin de evaluar la calidad de la atención sanitaria que reciben las personas en los PBMI en una 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 y estrategias de mejoramiento disponibles. A partir de esto, llegamos a cinco conclusiones:

Los cuidados que recibe la población suelen ser inadecuados, y la atención médica deficiente es común para todas las enfermedades y países, lo que perjudica en mayor grado a las poblaciones más vulnerables

Los datos de una variedad de países y enfermedades muestran déficits sistemáticos en la calidad asistencial. En los PBMI, las mujeres y niños reciben menos de la mitad de las actuaciones clínicas que se recomiendan durante una consulta preventiva o curativa estándar, menos de la mitad de los casos sospechosos de tuberculosis son tratados de manera adecuada y menos de una de cada diez personas diagnosticadas con un trastorno depresivo mayor recibe el tratamiento mínimo adecuado. Es frecuente que enfermedades graves tales como la neumonía, el infarto de miocardio y la asfixia neonatal se diagnostiquen de manera incorrecta. Los cuidados para aquellas enfermedades que requieren una atención inmediata pueden ser demasiado lentos, lo que reduce las probabilidades de supervivencia. A nivel del sistema, hallamos importantes brechas en las áreas de seguridad, prevención, integración y continuidad que se ven reflejadas en una escasa permanencia de los pacientes y en una coordinación insuficiente entre las distintas plataformas asistenciales. Una de cada tres personas que reside en PBMI mencionó haber tenido experiencias negativas con el sistema de salud de su país relacionadas con la atención, el respeto, la comunicación y la duración de la visita médica (es común que las consultas duren cinco minutos); en el extremo final de estas experiencias se situó el trato irrespetuoso e incluso agresivo. La atención de salud es de menor calidad para los grupos más vulnerables, entre los que se encuentran las personas que viven en situación de pobreza, aquellas con nivel educativo más bajo, los adolescentes, las personas con enfermedades estigmatizadas y aquellas marginadas de los sistemas de salud, como por ejemplo las personas en prisión.

Lancet Glob Health 2018

Publicado en línea el 5 de Septiembre de 2018
http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Harvard TH Escuela Chan de Salud Pública, Boston, MA, EE. UU (M E Kruk MD, A D Gage MSc, C Arsenault PhD, H H Leslie PhD, S Roder-DeWan MD); **Escuela de Salud Pública Global de la Universidad de Nueva York, Nueva York, NY, EE. UU** (K Jordan MSc); **El Banco Mundial, Washington, DC, EE. UU** (O Adeyi MD); **Instituto para el Mejoramiento de la Salud, Cambridge, MA, EE. UU** (P Barker MD); **OMS, Ginebra, Suiza** (B Daelmans MD, E Kelley MD); **Instituto de Seguridad Social de México, Ciudad de México, México** (S V Doubova MD); **KEMRI—Wellcome Trust Research Programme, Nairobi, Kenia** (M English MD); **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina** (E G Elorrio MD); **Banco Interamericano de Desarrollo., Washington, DC, EE. UU** (F Guanais PhD); **Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Neuroscience, Drug and Alcohol Abuse de la OMS, Universidad de Ibadan, Ibadan, Nigeria** (Prof O Gureje PhD); **Escuela de Medicina de Feinberg de la Universidad Northwestern, Chicago, IL, EE. UU** (Prof L R Hirschhorn MD); **Centro de Enfermedades Cardiovasculares, Beijing, China (L Jiang MD); Ministerio Federal de Salud de Etiopía, Addis Ababa, Etiopía** (ET Lemango MD); **Fundación Bill & Melinda Gates, Seattle, WA, EE. UU** (J Liljestrand MD);

Universidad de Ciencia y Tecnología de Malawi, Limbe, Malawi (Prof A Malata PhD); **Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido** (T Marchant PhD); **Departamento de Salud de la República de Sudáfrica, Pretoria, Sudáfrica** (M P Matsoso LLM); **Departamento de Salud Global y Medicina Social, Escuela de Medicina de Harvard, Boston, MA, EE. UU** (Prof J G Meara MD); **Escuela de Políticas Públicas Sanford de la Universidad de Duke, Durham, NC, EE. UU** (M Mohanan PhD); **Ministerio de Salud y Acción Social de la República de Senegal, Dakar, Senegal** (Y Ndiaye MD); **Departamento de Salud Pública Global y Atención Primaria, Universidad de Bergen, Bergen, Noruega** (Prof O F Norheim MD); **Fundación de Salud Pública de India, Nueva Delhi, India** (K S Reddy MD); **Sede Malaria, División de Enfermedades Parasitarias y Malaria, Centro para la Salud Global, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU. Atlanta, GA, EE. UU** (A K Rowe MD); **Escuela de Medicina de Stanford, Stanford, CA, EE. UU** (Prof J A Salomon PhD); **Legislatura Parlamentaria de Nepal, Kathmandu, Nepal** (G Thapa MA); **MAZA, Accra, Ghana** (N A Y Twum-Danso MD), **y la Big Win Philanthropy, Londres, Reino Unido** (M Pate MD)

Correspondencia dirigida a: 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 Cobertura Sanitaria Universal (CSU) puede representar un punto de partida para optimizar la calidad de los sistemas de salud; y la mejora de la calidad asistencial debe ser un componente central de las iniciativas de la CSU, junto con la ampliación de la cobertura y la protección financiera. El primer paso que los gobiernos deben llevar a cabo es establecer una garantía de calidad para los servicios de salud a nivel nacional, en la que se especifiquen el nivel de adecuación de los servicios y la experiencia que pueden esperar los usuarios. A fin de asegurar que todas las personas se beneficien de la mejora de los servicios, la ampliación de la cobertura debe dar prioridad a los pobres y a sus necesidades médicas desde un principio. Los avances que se realicen para alcanzar la CSU deben medirse en función de la eficacia de la cobertura teniendo en consideración las mejoras en la calidad.

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

Cada año mueren más de ocho millones de personas en los PBMI a causa de enfermedades cuyo tratamiento debería ser suministrado por los sistemas de salud. Solo en 2015, estas muertes ocasionaron pérdidas de USD$6 billones. En la actualidad, la baja calidad asistencial representa un obstáculo mayor para reducir la mortalidad que el acceso limitado a los servicios de salud. El 60% de las muertes por enfermedades susceptibles de tratamiento médico se debe a una baja calidad asistencial, mientras que el resto de las muertes son consecuencia de no haber recurrido al sistema de salud. Los sistemas de salud de alta calidad podrían prevenir 2·5 millones demuertes por enfermedades cardiovasculares, un millón de muertes neonatales, 900 000 muertes 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 el uso de los sistemas de salud y la carga de morbilidad recaiga sobre enfermedades más complejas. En los PBMI, las altas tasas de mortalidad por causas tratables, como por ejemplo lesiones y problemas quirúrgicos, complicaciones maternas y neonatales, enfermedades cardiovasculares y enfermedades prevenibles por vacunación, ilustran el alcance y la magnitud que presenta el desafío de brindar una atención médica de calidad. La baja calidad asistencial puede ocasionar otros resultados adversos, incluyendo sufrimiento innecesario por problemas de salud, persistencia de los síntomas, pérdida de la función y desconfianza en los sistemas de salud. Asimismo, los sistemas de salud deficientes generan efectos colaterales tales como el derroche de recursos y gastos catastróficos que repercuten en la economía. Como resultado de todo esto, solo un cuarto de la población de los PBMI considera que los sistemas de salud de su país funcionan correctamente.

Los sistemas de salud deben evaluar e informar aquellos aspectos que los ciudadanos consideran más importantes, tales como la atención adecuada, la experiencia del usuario, los resultados de salud y la confianza en el sistema

La medición es fundamental para exigir responsabilidades y garantizar mejoras en el sistema; sin embargo, las medidas disponibles no detectan varios de los procesos y resultados que más importan a las personas. A su vez, los sistemas de datos proporcionan parámetros que producen información deficiente, lo que implica una considerable carga económica y de tiempo para el personal sanitario. Por ejemplo, a pesar de que es habitual que las encuestas recaben datos sobre insumos tales como medicamentos y equipos, estos no guardan una relación estrecha con la calidad de la atención que reciben los pacientes. Otros indicadores, como por ejemplo la proporción de partos asistidos por personal especializado, no reflejan la calidad de la atención durante el parto y podrían conducir a una falsa seguridad respecto de los avances logrados en materia de salud materna y neonatal.

Esta Comisión recomienda que se generen menos pero mejores mediciones para evaluar la calidad de los sistemas de salud a nivel nacional y supranacional. Los países deben presentar informes públicos anuales sobre el rendimiento de su sistema de salud utilizando un tablero de seguimiento que incluya parámetros claves (p. ej., resultados de salud, confianza de los ciudadanos en el sistema, competencia del sistema y experiencias de los usuarios) junto con mediciones de protección financiera y equidad. Contar con registros vitales robustos y sistemas rutinarios de información confiables constituye un prerrequisito para efectuar una correcta evaluación del rendimiento. Los países precisan encuestas innovadoras de rápida aplicación y administradas en tiempo real acerca de los centros de salud y las poblaciones, que reflejen los sistemas sanitarios de la actualidad y no aquellos del pasado. A fin de generar e interpretar los datos, los países deben invertir en instituciones nacionales y en profesionales que posean fuertes habilidades analíticas y cuantitativas. Los socios de desarrollo internacionales pueden apoyar la generación y verificación de recursos públicos para medir los sistemas de salud (registros civiles y vitales, sistemas rutinarios de información y encuestas periódicas sobre los sistemas de salud) y promover las instituciones nacionales y regionales así como también facilitar la capacitación y formación de investigadores.

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

Los datos que existen sobre la calidad asistencial de los PBMI no representan la carga de morbilidad actual. En muchos de estos países, poco se conoce sobre la calidad de la atención para enfermedades respiratorias, cáncer,

salud mental, lesiones y procedimientos quirúrgicos, o sobre los cuidados que reciben los adolescentes y los ancianos. Existe una gran cantidad de puntos ciegos en áreas tales como la experiencia del usuario, la competencia del sistema, la confianza que este genera y el bienestar de los ciudadanos, incluidos los resultados reportados por los pacientes. Si bien medir la calidad del sistema de salud en su totalidad y en cada etapa del proceso asistencial resulta primordial, no suele llevarse a cabo. Subsanar estas deficiencias requiere no solo mejores sistemas rutinarios de información sanitaria para realizar seguimientos, sino también llevar a cabo nuevos estudios, tal como se propone en la agenda de investigación de esta Comisión. Por ejemplo, será necesario realizar investigaciones a fin de evaluar con precisión los efectos y costos de las estrategias de mejoramiento recomendadas para optimizar los sistemas de salud, la experiencia de los pacientes y la protección financiera. Los estudios sobre implementación pueden ser de utilidad para diferenciar los factores contextuales que favorecen o dificultan las reformas. La recopilación de datos y las investigaciones se deben diseñar explícitamente para fortalecer la capacidad de investigación tanto nacional como regional.

Optimizar la calidad asistencial requiere un plan de acción que abarque todo el sistema

A fin de abordar la magnitud y el alcance de las deficiencias en la calidad que hemos documentado en esta Comisión, es necesario reformar los cimientos del sistema de salud. Dado que los sistemas sanitarios son organismos complejos y flexibles que funcionan en múltiples niveles interconectados, es poco probable que las soluciones que se implementen solamente a pequeña escala (es decir, que afecten solo a proveedores o centros de salud) logren modificar el rendimiento del sistema en su totalidad. No obstante, hallamos que en el área de mejoramiento predominan las intervenciones dirigidas a generar cambios en la conducta de los profesionales de la salud, a pesar de que muchas de estas intervenciones producen un efecto moderado en el desempeño de dichos profesionales y son difíciles de llevar a escala y mantener en el tiempo. Para alcanzar sistemas de salud de alta calidad es necesario expandir los límites actuales para las mejoras a fin de introducir reformas estructurales capaces de actuar sobre los cimientos del sistema.

Esta Comisión respalda cuatro acciones universales para elevar la calidad en todo el sistema de salud. En primer lugar, los directivos del sistema de salud deben centrarse en la calidad y, para ello, deben adoptar una visión compartida de la calidad asistencial, contar con estrategias claras y regulaciones estrictas, y fomentar un proceso de aprendizaje continuo. Los ministerios de salud no pueden alcanzar estos objetivos por sí solos, por lo que deberán asociarse con el sector privado, la sociedad civil y otros sectores fuera del ámbito de la atención de salud, tales 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 de salud en lugar de centrarse únicamente en el acceso geográfico a estos. La atención primaria podría tratar un rango más amplio de condiciones y enfermedades leves, mientras que los hospitales o centros de salud especializados deberían brindar asistencia a condiciones que requieran un grado de especialización más avanzado o puedan presentar complicaciones imprevistas, como por ejemplo los partos. En tercer lugar, los países deben transformar la fuerza laboral proporcionando una formación clínica basada en competencias, incorporando cursos de ética y cuidados respetuosos, y brindando un mayor apoyo y respeto a los trabajadores para que presten la mejor atención posible. Por último, los gobiernos y la sociedad civil deben transmitir a la población la importancia de demandar calidad, y así empoderarla para que exija a los sistemas que cumplan con esta responsabilidad y para que busquen activamente cuidados de alta calidad. Estos esfuerzos pueden complementarse con otras acciones concretas en áreas tales como financiación de la salud, administración, aprendizaje a nivel de distritos, entre otros. Cabe destacar que las iniciativas que funcionan en un contexto en particular podrían no funcionar en otro; por esta razón, las estrategias de mejoramiento deben monitorearse y adaptarse al contexto local. Los organismos financiadores deben alinear sus contribuciones con estrategias que abarquen la totalidad del sistema en lugar de fomentar la proliferación de iniciativas a pequeña escala.

En esta Comisión, reivindicamos que la prestación de servicios de salud que no garantiza un nivel mínimo de calidad resulta ineficaz, ineficiente y poco ética. El objetivo de alcanzar un sistema de salud de calidad, que mejore la salud, inspire confianza y genere beneficios económicos, es una decisión principalmente política y no técnica. Los gobiernos nacionales deben invertir en sistemas de salud que presten servicios de alta calidad y fomentar que los ciudadanos exijan la rendición de cuentas a dichos sistemas mediante medidas legislativas, educación sobre derechos, normas, transparencia y mayor participación pública. Los países sabrán que están en camino de alcanzar un sistema de salud responsable y de alta calidad cuando los trabajadores de la salud y los hacedores de políticas opten por recibir atención médica en sus propias instituciones públicas.

Introducción

Los últimos veinte años se consideran la edad de oro de la salud global.[1] Impulsados por un incremento sustancial en el gasto nacional en salud y en el financiamiento de distintos organismos, los PBMI ampliaron de manera considerable el acceso a determinantes de la salud (p. ej., agua potable y saneamiento) y servicios de salud similares (p. ej., vacunas, atención prenatal y tratamiento del VIH).[2–4]

Estos avances salvaron la vida de millones de personas, en gran parte, porque previnieron muertes por enfermedades infecciosas.[5] No obstante, en las últimas décadas las condiciones no fueron igual de favorables para prevenir muertes por enfermedades no transmisibles y enfermedades graves, tales como cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, diabetes, mortalidad neonatal y lesiones, que son responsables del estancamiento o aumento de la mortalidad.[6] Por lo general, los resultados más adversos se registraron en los países de ingresos más bajos y en las poblaciones más pobres de los distintos países, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo para aumentar el uso de servicios de salud.[7] Es importante mencionar que la estrategia que generó beneficios importantes para la salud infantil y las enfermedades infecciosas no será suficiente para alcanzar los ODS relacionados con la salud. Para hacer frente a las nuevas enfermedades prevalentes, incluidas las enfermedades crónicas y complejas, se requiere más que una única consulta o una prescripción médica estándar; se debe proporcionar una atención especializada, longitudinal e integral. Estos mismos cuidados también deben prestarse para tratar la significativa mortalidad residual causada por enfermedades maternoinfantiles y enfermedades infecciosas. En resumen, cada vez resulta más evidente que optimizar los resultados requiere más que brindar acceso a la atención de salud; es necesario mejorar la calidad de la atención. India, por ejemplo, fue consciente de esta situación gracias al programa Janani Suraksha Yojana, un programa de incentivos económicos para promover el parto institucional que generó un drástico aumento en el porcentaje de nacimientos institucionales; aun así no redujo de manera mensurable la mortalidad materna o neonatal.[8]

Una atención de alta calidad comprende un examen minucioso, la detección de enfermedades asintomáticas y coexistentes, un diagnóstico preciso, un tratamiento oportuno y adecuado, la derivación de pacientes que requieran atención hospitalaria o procedimientos quirúrgicos y la capacidad de realizar un seguimiento al paciente y ajustar el tratamiento cuando sea necesario.

Los sistemas de salud también deben tener en cuenta las necesidades, experiencias y preferencias de los ciudadanos así como también su derecho a recibir un trato respetuoso.[9] A pesar de que la experiencia del usuario es el objetivo principal de un gran número de servicios al consumidor, los sistemas de salud, al igual que otros organismos del sector público, son por lo general sistemas complejos, difíciles de utilizar e indiferentes a los tiempos y preferencias de las personas, que se rehúsan a informar los procesos de toma de decisiones.[10] De hecho, el trato de algunos profesionales sanitarios es irrespetuoso e incluso ofensivo, lo que representa una clara abrogación de los derechos humanos y un incumplimiento de las obligaciones del sistema de salud.[9] Al mismo tiempo, es posible que los trabajadores de la salud no reciban el apoyo y el respeto necesarios para una vida profesional satisfactoria. Por último, el funcionamiento de los sistemas puede ser ineficiente, dado que se suelen derrochar los escasos recursos disponibles en cuidados innecesarios y en centros de salud de baja calidad que las personas no utilizan, generando al mismo tiempo costos elevados para los usuarios.[11]

La era de los ODS exige nuevas formas de concebir los sistemas de salud. Estos sistemas constituyen uno de los factores que permiten mejorar la salud. Dentro de los principales factores también se encuentran los determinantes sociales de la salud como la educación, la riqueza, el empleo y las prestaciones sociales, así como también otras acciones de salud pública intersectoriales como impuestos al tabaco y mejores normas de seguridad alimentaria, hídrica, vial y ocupacional.[12] Si bien este es tan solo un factor más de este grupo, el acceso a cuidados de calidad es un derecho humano y un imperativo moral que todo país debe garantizar.[13] Asimismo, los sistemas de salud son un potente motor para lograr mejoras en la supervivencia y el bienestar, y son el eje central de nuestro informe.[14,15] Adherimos a la definición de los sistemas de salud propuesta por la OMS que los describe como la suma de "todas las organizaciones, personas y acciones cuyo objetivo principal consiste en promover, restablecer o mantener la salud". En esta Comisión nos centramos en el sector de salud, tanto público como privado, y en los trabajadores comunitarios de la salud.[16] A pesar de que en algunos países existen trabajadores de la salud informales (aquellos con poca formación clínica tradicional o sin formación) que también brindan cuidados médicos, no son objeto de análisis de esta Comisión debido a que no se cuenta con información suficiente sobre la calidad de la atención que ofrecen, con algunas excepciones importantes.

Abordar el tema de la calidad asistencial resulta pertinente sobre todo cuando los países comienzan a implementar la CSU.[17] La implementación de esta cobertura representa una inversión importante y novedosa de los recursos nacionales, que encarna nuevos compromisos bien definidos acerca del tipo de atención que las personas tienen derecho a esperar. A su vez, la creación de nuevos paquetes de beneficios que sean claros y transparentes puede generar expectativas en la sociedad que los gobiernos se verán obligados a satisfacer. Del mismo modo, los ministros de economía supervisarán las nuevas inversiones en materia de atención de salud y demandarán un uso eficiente de los recursos y mejores resultados medidos en función de una mayor esperanza de vida, la recuperación de funciones físicas y mentales, el grado de satisfacción de los usuarios y la productividad económica.

¿Qué características debería tener un sistema de salud de alta calidad en países que aspiran a alcanzar los ODS pero cuyos recursos son limitados y sus prioridades en salud compiten entre sí? La Comisión *Lancet* sobre Salud

Global que se enfoca en los Sistemas de Salud de Alta Calidad en la Era de los ODS se propone responder este interrogante.[18] Esta Comisión, compuesta por treinta académicos, hacedores de políticas y expertos en sistemas de salud de 18 países, plantea nuevas maneras de definir, evaluar y mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud. Revisamos la evidencia de enfoques previos y buscamos estrategias que contribuyan a cambiar la trayectoria de los sistemas de salud en los PBMI.

Nuestro trabajo se basa en varios principios. El primer principio sostiene que los servicios que ofrecen los sistemas de salud deben estar centrados en las personas. En este sentido, los sistemas de salud deben trabajar junto con las personas no solo para mejorar los resultados de salud, sino también para resaltar la importancia de ciertos valores que no están relacionados directamente con la salud, como por ejemplo, la confianza y los beneficios económicos para todas las personas, incluyendo los grupos pobres y más vulnerables. El segundo principio afirma que las personas deben recibir una atención respetuosa y de calidad para todo problema de salud que pueda ser tratado, considerando la capacidad de recursos que posea el país. El tercer principio establece que una atención de calidad debe ser la raison d'être del sistema de salud y no una actividad periférica de los ministerios de salud. Por último, el cuarto principio sostiene que se deben priorizar cambios radicales por sobre enfoques graduales. Reconocemos que los sistemas de salud son sistemas complejos y flexibles, resistentes a los cambios y, por lo tanto, las intervenciones aisladas pueden no generan efectos; de hecho, llevar a cabo múltiples iniciativas a pequeña escala puede ser perjudicial. La calidad asistencial es una propiedad emergente y como tal requiere que todos los actores del sistema de salud compartan los mismos objetivos, que las bases del sistema sean favorables y que los esfuerzos que se implementen para mejorar y aprender de los aciertos y errores sean constantes. Estas consideraciones guían nuestro análisis.

También somos conscientes de las importantes iniciativas que se estaban llevando a cabo para mejorar la calidad asistencial al momento de redactar el informe de esta Comisión. La OMS estableció la Red para Mejorar la Calidad de la Atención con el objetivo de facilitar el aprendizaje conjunto; impulsar mejoras a escala en la calidad de los servicios maternos, neonatales e infantiles, y obtener evidencia más sólida para desarrollar estrategias de mejoramiento costo-efectivas. La OMS, el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) publicaron un informe global sobre la calidad asistencial a principios de 2018.[19] La Academia Nacional de Medicina de EE. UU. comenzó un estudio sobre el mejoramiento de la calidad asistencial a nivel mundial.

Existe un nuevo interés en crear sistemas de atención primaria más sólidos que puedan promover la salud, prevenir enfermedades, identificar a aquellas personas con problemas de salud de aquellas sanas y abordar con eficiencia las necesidades de las personas que presentan enfermedades crónicas.[20] La Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de la Salud, un esfuerzo que involucra a numerosas partes interesadas, se centra en medir y comparar el rendimiento de la atención primaria de salud así como también en identificar estrategias para realizar mejoras.[21] En los países de ingresos bajos, la atención primaria constituye la principal plataforma para la prestación de atención de salud. No obstante, en estos países, al igual que en el resto del mundo, la convergencia de distintos factores tales como los cambios en la carga de morbilidad, la urbanización y el aumento en la demanda de servicios especializados y de experiencias excelentes por parte de los usuarios están desafiando el modelo actual de atención.

Nuestro trabajo está fundamentado en los aportes realizados por nueve Comisiones sobre Sistemas de Salud Nacionales de Alta Calidad, que se crearon con el fin de analizar la calidad de la atención en el contexto local en colaboración con la Comisión global. Para asegurarnos de que nuestro estudio refleja las necesidades tanto de las personas como de las comunidades, recurrimos a un consejo consultivo comunal para que nos brinde información y a un consejo asesor externo para que nos proporcione asesoramiento y perspectivas sobre distintas políticas. Este informe está dirigido a las personas, líderes nacionales, ministros de salud y de finanzas, hacedores de políticas, directivos, proveedores, socios internacionales (fundaciones e instituciones bilaterales y multilaterales), defensores, académicos y la sociedad civil.

Este informe se encuentra organizado de la siguiente manera: en la Sección 1, proponemos una nueva definición para los sistemas de salud de alta calidad; en la Sección 2, describimos el estado de la calidad de los sistemas de salud en los PBMI, utilizando por primera vez múltiples datos nacionales e internacionales sobre la calidad de la atención en salud; en la Sección 3, abordamos los principios éticos que rigen la prestación de cuidados de calidad y proponemos distintos mecanismos para garantizar que los grupos pobres y más vulnerables se beneficien de las mejoras; en la Sección 4, revisamos el estado actual de las evaluaciones de calidad y proponemos técnicas de medición más eficaces y eficientes; en la Sección 5, volvemos a examinar las opciones disponibles para el mejoramiento y recomendamos soluciones estructurales innovadoras, y por último, en la Sección 6, presentamos un resumen de las ideas claves y nuestras sugerencias y proponemos una agenda de investigación.

Reconocemos que posiblemente el nivel de ambición que contienen nuestras recomendaciones sea demasiado alto para los países de ingresos bajos que tienen dificultades para proveer los servicios básicos de la atención de salud. En esta Comisión describimos una nueva meta para los sistemas de salud que puede constituir la base de políticas e inversiones del presente.

Independientemente del punto de partida, todos los países poseen oportunidades para comenzar a transitar el camino que conduce al desarrollo de un sistema de salud de alta calidad.

Sección 1: Redefinir los sistemas de salud de alta calidad

La evaluación sistemática de la calidad de la atención de salud comenzó con el trabajo de Avedis Donabedian. En un artículo que publicó en 1966,22 Donabedian propuso un marco para evaluar la calidad asistencial que describía la calidad en función de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. A principios del siglo 21, el Comité de Calidad de Atención en Salud (Committee on Quality of Health Care) en América del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) publicó dos reconocidos informes sobre calidad[23,24] que impulsaron la evaluación de la calidad en el sistema de salud estadounidense y fomentaron estudios similares en otros países industrializados. El Comité del IOM definió a la calidad asistencial como "el grado en el que los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones incrementan las probabilidades de que se obtengan resultados de salud deseados y el grado en el que son coherentes con el conocimiento profesional actual".[23] El Comité señaló que los sistemas de salud del siglo 21 deben procurar mejorar su desempeño en seis dimensiones de la calidad de la atención de salud: seguridad, efectividad, servicios centrados en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad. El Comité también observó que "los sistemas de salud actuales no pueden llevar a cabo esta tarea. Tampoco será suficiente realizar mayores esfuerzos. Solo será posible si se modifican los sistemas de salud".[23] En 2010, Michael Porter propuso[25] que los sistemas de salud rindan cuentas principalmente por generar valor, criterio que debe definirse teniendo en cuenta al usuario. Organizaciones internacionales, tales como la OMS, y varios países de ingresos bajos y altos han empleado la definición de calidad de la IOM y sus principales dimensiones. Por su parte, la OMS definió a los sistemas de salud integrados y centrados en las personas como aquellos sistemas en los que "todas los ciudadanos gozan de igual acceso a servicios de salud de calidad que están coproducidos de tal modo que respondan a sus necesidades a lo largo de la vida".[26]

Basándonos en este y en otros estudios, en esta sección presentamos los fundamentos que justifican la necesidad de una definición actualizada de los sistemas de salud de alta calidad y de un marco conceptual que establezca las condiciones para afrontar los desafíos en materia de salud, las expectativas de los pacientes y las ambiciones cada vez mayores de la actualidad.[27,28]

Mejorar los resultados de salud es la condición sine qua non de los sistemas de salud; entre estos se incluyen una mayor esperanza de vida, una mejor calidad de vida y una mejor capacidad de funcionar. Cuando las personas afectadas por una enfermedad se encuentran en estado de vulnerabilidad, contar con una fuente de atención confiable no solo mejora su salud, sino que también les transmite confianza y seguridad. En este sentido, los sistemas de salud también funcionan como instituciones sociales claves, que tienen su origen en normas sociales y, al mismo tiempo, las determinan, y pueden promover o dañar la confianza que los ciudadanos depositan en ellas.[29,30] Por último, los sistemas sanitarios no pueden permanecer estáticos sino que deben adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad. Esta Comisión define a los sistemas de salud de alta calidad de la siguiente manera:

> Un sistema de salud de alta calidad es aquel que optimiza la atención médica en un determinado contexto mediante la prestación de cuidados que mejoran o mantienen los resultados de salud, generando confianza y estima en todas las personas y respondiendo a las necesidades cambiantes de la población.

El contexto es un aspecto fundamental de esta definición, puesto que los sistemas de salud se ven influenciados por diferentes acontecimientos y, como resultado, su funcionamiento es distinto entre los PBMI.

Los sistemas de salud de alta calidad se sustentan en cuatro valores: estar al servicio de las personas y ser equitativos, resilientes y eficientes. Para enfocar la atención de salud en las personas se debe partir de la observación evidente de que los sistemas sanitarios deben estar a su alcance, ya que el acceso es un prerrequisito para poder beneficiarse de la atención médica. Sin embargo, esta prioridad también implica que las personas no son solo beneficiarios, sino que tienen el derecho a acceder a servicios sanitarios y la facultad de decidir sobre su salud y la atención médica que reciben. En consecuencia, las personas se convierten en agentes de rendición de cuentas y, en ese papel, pueden responsabilizar a los actores del sistema de salud por sus acciones. El énfasis que se pone en dirigir los servicios a las personas es de suma importancia en la atención de salud debido a la asimetría que existe entre el profesional de la salud y el paciente en términos de poder e información. Este enfoque tiene una dobla función: por un lado actúa como un imperativo moral que protege a las personas de los efectos negativos de este desequilibro de poder; y por otro, funciona como una medida correctiva que disminuye este desequilibrio a través del empoderamiento del paciente y una mejor rendición de cuentas. Asimismo, los sistemas de salud deben brindar un buen trato a su personal, quienes tienen derecho a trabajar en un ambiente laboral propicio (que se caracteriza por condiciones laborales seguras, gestión eficiente y favorable, y asignación apropiada de funciones) y quienes son a la vez usuarios de los servicios de salud. Si los proveedores carecen de motivación no pueden contribuir al desarrollo de un sistema de salud de alta calidad.

Centrarse en la equidad de los sistemas de salud significa que la atención médica de alta calidad debe ser accesible y asequible para todos los ciudadanos, más allá

de las desventajas sociales subyacentes. Los datos de calidad deben estar desagregados por estratificadores de poder social, tales como riqueza, género o etnia, y las mejoras en la calidad deben incluir de manera explícita a las personas vulnerables y en situación de pobreza a fin de compensar las desigualdades actuales.

Los cambios en las funciones tradicionales que se centran en enfermedades infecciosas y en la salud maternoinfantil se han dado de forma paulatina en los sistemas de salud de los PBMI, mientras que las necesidades y expectativas de salud están cambiando, en ocasiones, a un ritmo acelerado. Las crisis de salud, como por ejemplo la epidemia del ébola, ilustran a la perfección la necesidad de desarrollar sistemas resilientes capaces de estar preparados para una crisis y de responder de manera efectiva, cumpliendo al mismo tiempo con sus principales funciones y reorganizándose en caso de ser necesario.31 Asimismo, los sistemas de salud de alta calidad deben ser resilientes a diario a fin de responder a los desafíos que se presentan en el día a día, para esto precisan líderes responsables, que respeten y motiven al personal sanitario que está en contacto con los pacientes.

Por último, los sistemas deben ser eficientes. Si bien el gasto en sistemas de salud guarda una estrecha relación con el ingreso y, por lo tanto, varía ampliamente entre los distintos PBMI, todos los países deben fijar el objetivo de evitar el derroche de recursos y lograr la mayor cantidad de mejoras en los resultados de salud con los fondos que reciben.

Proponemos un nuevo marco conceptual para los sistemas de salud de alta calidad que establece tres dominios fundamentales: cimientos, procesos de atención e impactos en la calidad (Figura 1). Este marco deriva de nuestra definición de los sistemas de salud de alta calidad y se basa en marcos conceptuales previos sobre sistemas de salud y mejoras en la calidad. Entre estos últimos se incluyen el marco conceptual propuesto por Donabedian,[22] los componentes esenciales[16] y los marcos para la atención materna de calidad[27] de la OMS, el marco de Judith Bruce sobre la calidad de la planificación familiar,[28] el libro Getting Health Reform Right,[33] la trilogía Juran y, por último, el ciclo de Deming.[34]

Nuestro marco conceptual para los sistemas de salud de alta calidad se centra en el funcionamiento del sistema sanitario, la experiencia del usuario y las formas en las que la atención a la salud beneficia a las personas. Esta Comisión considera que se debe evaluar la calidad de los sistemas de salud principalmente en función de estos procesos y de los impactos que producen, y no por los insumos que poseen. Los establecimientos dotados de trabajadores de la salud y equipados con agua corriente, electricidad y medicamentos constituyen una condición fundamental para brindar una atención de calidad; sin embargo, la mera presencia de estos insumos no representa un indicador de atención de alta calidad. El trabajo empírico muestra que la cantidad de insumos no predice la atención que recibirá la población ni tampoco las mejoras en su salud; de hecho, en muchas ocasiones la atención de salud resulta deficiente en contextos que poseen las herramientas adecuadas.[35]

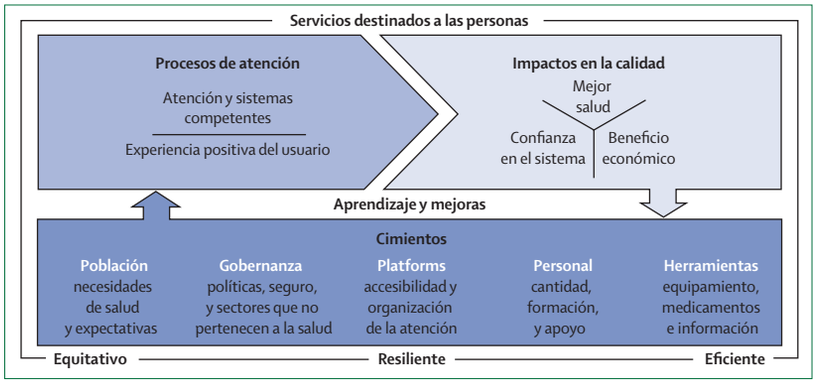

Figura 1: **Marco conceptual para los sistemas de salud de alta calidad**

En la Tabla 1 se presenta un resumen de los componentes de los tres dominios del marco conceptual (impactos en la calidad, procesos de atención y cimientos). Los impactos en la calidad comienzan con una mejor salud, lo que implica bajas tasas de mortalidad y morbilidad; indicadores positivos de salud, tales como calidad de vida, funcionalidad y bienestar, y con la ausencia de sufrimiento ocasionado por enfermedades graves.[36] Estos resultados de salud también deben abarcar indicadores percibidos por los pacientes. La confianza en el sistema es otro de los impactos que generan los sistemas de salud de alta calidad. Este factor comprende la confianza en los profesionales de la salud y la utilización apropiada de los servicios médicos. Cabe destacar que no solo abarca el indicador más tradicional, es decir, el grado de satisfacción con la atención, sino que también incluye la medida en la que las personas confían en la atención de salud y están dispuestas a utilizarla. La confianza es un factor clave para maximizar los resultados, puesto que es capaz de motivar una participación activa en la atención a través del cumplimiento de las recomendaciones médicas y la utilización de servicios, incluso en casos de emergencia.[37] Este factor también es esencial para garantizar el éxito de la CSU, dado que su financiación será, en gran parte, a nivel nacional y por lo general los ciudadanos no están dispuestos a contribuir con sus impuestos o pagar primas por servicios de salud que no valoran. Por último, aunque es probable que muchos PBMI deban realizar mayores inversiones en sus sistemas de salud para proveer una atención de calidad, los sistemas de salud que brindan este tipo de atención poseen el potencial para generar beneficios económicos. En primer lugar, al reducir la mortalidad prematura y mejorar la salud de las personas y su capacidad para trabajar o asistir a la escuela, los sistemas de salud de alta calidad pueden promover la productividad económica. En segundo lugar, los sistemas de salud de alta calidad pueden reducir el

	Component
Impactos de la calidad	
Mejor salud	Nivel y distribución de los resultados reportados por los pacientes: funcionalidad, síntomas, dolor, bienestar, calidad de vida y prevencíon del sufrimiento ocasionado por enfermedades
Confianza en el sisema	Satisfacción, recomendación, utilización de los servicios y permanencia
Benedicios económicos	Capacidad para trabajar o asistir a la escuela, crecimiento económico, reducción del uso ineficiente de los recursos de los sistemas de salud y protección financiera contra riegos
Procesos de atención	
Atención y sistemas competentes	Atención efectiva, basada en evidencia: examen sistemático, diagnóstico correcto, tratamiento adecuado, asesoramiento y derivación; sistemas competentes: seguridad, prevención y detección, continuidad e integración, acción oportuna y gestión de la salud de la población
Experiencia positiva del usuario	Respeto: dignidad, privacidad, no discriminación, autonomía, confidencialidad y comunicación eficaz; prioridad del usuario: elección del profesional de la salud tiempos de espera cortos, percepciones y opiniones del paciente, asequibilidad y facilidad de uso
Cimientos	
Población	Individuos, familias y comunidades como ciudadanos que producen mejores resultados de salud; como usuarios del sistema: necesidades de salud, conocimientos, alfabetización en salud, prefernecia y normas culturales
Gobernanza	Liderazgo: compromiso politíco, gestión del cambio; políticas: regulaciones, estándares, normas y políticas para el sector público y privado, instituciones de rendición de cuentas, arquitectura conducal propicia, y funciones de salud pública: financiació, financiamiento, fondos comunes, seguro de salud y compras, contratación de proveedores y pagos por bienes o servicios; aprendizaje y mejoras: instituciones para realizar evaluaciones, mediciones y mejoras, comunidades de aprendizaje, e información confiable: intersectioral: carreteras, transporte, agua y saneamiento, red eléctrica y educación superior
Plataformas	Activos: cantidad de establecimientos y su distribución, combinación público-privada, combinación de servicios y acceso geográfico a los establecimientos; organización de la atención: funciones y organización de la atención comunitaria, atención primaria, atención secundaria y terciaria y participación de proveedores privados; sistemas conectivos: servicios médicos de emergencia, sistemas de derivación y programas de alcance comunitario en centros asistenciales
Personal	Profesionales de la salud, personal de laboratorio, planificadores, directores: cantidad y distribución, aptitues y combinación de aptitudes, formación ética y de atención focalizada en las personas, ambiente laboral propicio, formación trabajo en equipo y retneción
Herramientas	Hardware: equipos, suministros, medicamentos y sistemas de información; Software: cultrua de calidad, uso de datos, supervisión y retroalimentación

Tabla 1: **Componentes del marco conceptual para los**

uso ineficiente de recursos que se produce como resultado de una atención innecesaria, ineficaz y perjudicial; así como también permiten evitar admisiones hospitalarias innecesarias y la elusión de opciones costo-efectivas, tales como la atención primaria. Adicionalmente, los sistemas de salud de alta calidad que cuentan con mecanismos de financiamiento adecuados, en especial el seguro de salud obligatorio, pueden reducir la incidencia de gastos catastróficos o empobrecedores en salud. En consecuencia, el financiamiento que permite brindar protección financiera a las personas y promover una atención eficiente y de calidad es un pilar fundamental de todo sistema de salud de alta calidad.

Entre los procesos de atención, se pueden mencionar la atención competente y la experiencia del usuario; dos factores que consideramos elementos complementarios de la calidad. Estos elementos deben estar presentes tanto en el sistema de salud en su totalidad como en las consultas individuales. Un sistema competente es aquel que implementa acciones de promoción y prevención de la salud efectivas y oportunas para las personas y comunidades que gozan de buena salud o padecen alguna enfermedad. Las personas deben poder confiar en que la atención que se les proporcione será suficiente para detectar las enfermedades que presenten y para recibir un tratamiento integral. Por otra parte, los sistemas deben enfocar sus servicios en los usuarios. La facilidad de uso, tiempos de espera cortos y la consideración por las valoraciones y preferencias de las personas son aspectos que definen la atención centrada en las personas. Cuando una persona acude a un profesional de la salud espera recibir una atención basada en evidencia, lo que implica un examen cuidadoso, un diagnóstico correcto y tratamiento y asesoramiento adecuados. Los trabajadores de la salud, por su parte, deberían brindar un trato digno a todas las personas, comunicarse con claridad y proporcionar autonomía y confidencialidad. Tanto el trato discriminatorio e irrespetuoso como los ambientes laborales que menosprecian y desempoderan a los trabajadores constituyen deficiencias decisivas en la calidad.

Los ciudadanos a quienes están dirigidos los servicios, es decir los individuos, familias y comunidades, constituyen la base de los sistemas de salud de alta calidad. Las personas actúan como socios necesarios en la provisión de servicios de salud y en el mejoramiento de los resultados de salud, y como tales, no solo son los principales beneficiarios de estos servicios, sino que también se desempeñan como agentes que pueden responsabilizar a los sistemas por sus acciones. La respuesta del sistema sanitario debe variar en consonancia con las necesidades de salud, el conocimiento y las preferencias de las personas. Los sistemas de salud de alta calidad requieren de una gobernanza sólida y de financiación a fin de poder alcanzar los resultados deseados e implementar políticas que permitan monitorear a los proveedores de servicios de salud, planificar la atención e institucionalizar sistemas de rendición de cuentas dirigidos a los ciudadanos. Sin embargo, estas regulaciones no resultan suficientes para cumplir este objetivo; se requiere líderes en los sistemas de salud que sean fuentes de inspiración

y que defiendan los valores de profesionalismo y excelencia que sustentan la atención médica de alta calidad. En la mayoría de los países, la atención de salud se lleva a cabo mediante tres plataformas: salud comunitaria, atención primaria y atención hospitalaria. Una combinación adecuada entre las instalaciones y los profesionales de la salud, modelos de prestación de servicios centrados en la calidad, y una coordinación funcional de los distintos niveles de atención (p. ej., derivación y transporte prehospitalario) constituyen requisitos para garantizar que se maximicen los resultados en la totalidad del sistema y se utilicen los recursos de manera eficiente. Los proveedores, desde los trabajadores de la salud hasta los gerentes, son actores fundamentales de los sistemas de salud y, por lo tanto, deben contar con la cantidad de personal, preparación, profesionalismo y motivación adecuados para funcionar correctamente. En este sentido, para poder alcanzar el desempeño esperado, los profesionales de la salud necesitan una educación clínica de calidad, basada en competencias que incluya una formación ética, al igual que un ambiente laboral propicio. Por último, los sistemas de salud deben contar no solo con herramientas físicas, tales como equipos, medicamentos e insumos, sino también con nuevos hábitos, aptitudes y comportamientos, entre los que se incluyen una visión de calidad, la supervisión y la retroalimentación, y la capacidad y la predisposición para aprender de los datos que se recopilen. Los cimientos por sí solos no alcanzan para brindar una buena atención, y los sistemas de salud no podrán adaptarse a los nuevos desafíos si no desarrollan mecanismos integrados de aprendizaje y mejoras, tales como información actualizada sobre el desempeño, evaluación de nuevas ideas y estrategias para sustituir enfoques ineficaces.

Este marco puede ser de utilidad para evaluar los sistemas de salud en el tiempo en relación con los factores que son de interés para las personas (según los procesos e impactos). También puede actuar como una guía de oportunidades para lograr mejoras, ya sea fortaleciendo o redefiniendo los cimientos.

Sección 2: ¿Cuál es la calidad de atención que reciben las personas en los PBMI?

En esta sección, describimos el estado actual de la calidad de la atención de salud en los PBMI. Recopilamos información de múltiples fuentes con el propósito de brindar el panorama más completo y detallado de la calidad asistencial. Analizamos los datos de encuestas de hogares y de establecimientos de salud, así como también de encuestas telefónicas y en línea; y elaboramos un resumen de los hallazgos de estimaciones globales, revisiones sistemáticas y estudios individuales (el Apéndice 1 presenta una lista de las fuentes y el Apéndice 2 muestra una comparación de los métodos utilizados para recolectar la información). Dentro de las limitaciones de la información disponible, describimos la calidad teniendo en consideración todas las enfermedades que contemplan los ODS (el Apéndice 1 presenta una lista de enfermedades) y todas las plataformas de los sistemas de salud (programas de alcance comunitario, atención primaria y hospitalaria, y la coordinación entre estas: sistemas de derivación y servicios médicos de emergencia).

En consonancia con el marco desarrollado por la Comisión, describimos la situación actual en materia de provisión de atención basada en evidencia, sistemas de salud competentes, experiencia del usuario, y presentamos también la información disponible sobre la relación entre calidad y salud, y confianza y beneficios económicos. El eje de nuestro análisis es la descripción de los procesos de atención y sus impactos. Los cimientos, constituidos por las instalaciones, personas y herramientas necesarias para brindar atención, son elementos esenciales de los sistemas de salud de alta calidad; sin embargo, su mera disponibilidad no garantiza una atención de calidad. Finalmente, analizamos las razones por las que algunos grupos de la población tienen mayores probabilidades de recibir atención de baja calidad. En esta sección se presentan las medias internacionales, mientras que en el Apéndice 2 se incluye información específica de cada país. En el Recuadro 1 se presentan los principales hallazgos.

Procesos de atención

Atención basada en evidencia

La atención basada en evidencia comprende aspectos tales como exámenes sistemáticos de los pacientes, diagnósticos precisos, tratamientos adecuados y asesoramiento apropiado para el paciente. En esta sección, evaluamos cómo se implementan estos aspectos en algunas de las enfermedades contempladas en los ODS que hemos seleccionado.

Analizamos la calidad de los servicios de salud reproductiva y maternoinfantil mediante información proporcionada por observaciones realizadas durante consultas clínicas. Sobre la base de guías publicadas por la OMS, identificamos los elementos esenciales de la atención de salud reproductiva y maternoinfantil, y diseñamos índices de calidad (Apéndice 1). En función de estos Índices, los datos aportados por las observaciones realizadas en 81·856 consultas llevadas a cabo en 18 países mostraron que existe una baja adherencia a las guías basadas en evidencia (Figura 2A). En promedio, los proveedores de salud solo brindaron el 47% de la atención recomendada, con medias de desempeño que oscilan entre el 44% para las consultas de planificación familiar y el 64% para la atención durante el trabajo de parto y durante el parto (Apéndice 2). Sin embargo, estas cifras pueden ocultar marcadas variaciones que se observan dentro de los países (Apéndice 2). Las disparidades que se registran en el desempeño de los distintos proveedores sugieren que es posible alcanzar una mejor calidad de atención

Véase **Apéndice 1** en línea
Véase **Apéndice 2** en línea

Recuadro 1 Sección 2: Principales hallazgos

1 En los PBMI, mueren más de ocho millones de personas cada año por la mala calidad asistencial que brindan los sistemas de salud, lo que genera pérdidas de bienestar económico estimadas en $6 billones.
2 En muchas ocasiones, los proveedores de salud de los PBMI implementan menos de la mitad de las acciones de atención basada en evidencia recomendadas. Por ejemplo, a solo dos de cada cinco mujeres que dan a luz en establecimientos sanitarios se les realiza un examen en la hora posterior al parto.
3 Aproximadamente un tercio de los pacientes experimenta un trato irrespetuoso, consultas cortas, mala comunicación o tiempos de espera prolongados.
4 Una coordinación inadecuada entre las distintas plataformas y sistemas de derivación deficientes menoscaban la capacidad de los sistemas de salud para tratar enfermedades complejas o emergentes.
5 En los PBMI, menos de un cuarto de las personas considera que los sistemas de salud de su país funcionan de manera adecuada, en comparación con la mitad de las personas de países de ingresos altos.
6 En todos los países existen centros y profesionales de la salud que presentan un buen desempeño; los datos que se obtengan a partir de su estudio pueden informar las iniciativas de mejora que se implementen a nivel nacional.
7 Existen inequidades en el acceso a la atención de calidad en un gran número de países, en los que los grupos pobres y más vulnerables reciben una atención incluso de menor calidad, tanto en términos de competencia de los servicios como en experiencia del usuario.
8 Ciertos contextos de atención, condiciones de salud y factores demográficos pueden hacer que algunas personas sean más susceptibles de recibir una atención de baja calidad que otras.

en estos países. En este sentido, identificar e imitar las mejores prácticas locales puede ser de utilidad para informar estrategias de mejoramiento.[38]

Asimismo, otros estudios han mostrado que en muchas ocasiones los proveedores no adhieren a las guías de prácticas clínicas. Por ejemplo, en Uttar Pradesh, India, en un parto normal, el personal que asiste partos institucionalizados realizó solo el 40% de las prácticas recomendadas en la lista de verificación de la seguridad del parto de la OMS.[39] De acuerdo con las recomendaciones de la OMS y UNICEF, en centros de salud de doce países diferentes, solo el 50% de los casos de diarrea recibió un tratamiento adecuado.[40] Estudios con pacientes estandarizados realizados en China[41] y Kenia[42] mostraron que, de acuerdo con lo que establecen las guías de Estándares Internacionales para la Atención de la Tuberculosis, solo entre el 13% y el 45% de los casos sospechosos de tuberculosis se trataron de manera adecuada en la atención primaria.

El examen sistemático de un paciente comprende recopilar información clínica relevante mediante un cuestionario pertinente que indaga acerca de su historia clínica, junto con la realización de exámenes y análisis recomendados. Los datos que se recogieron en los PBMI indican que no siempre se lleva a cabo este tipo de exámenes. Por ejemplo, después del parto se debe examinar a las mujeres para comprobar si presentan sangrado anormal, desgarros perineales, síntomas de infecciones y presión arterial alta.[43] Sin embargo, en un gran número de países, solo unas pocas mujeres afirmaron que se les practicó un examen clínico después de dar a luz en un centro de salud, incluyendo solo el 27% de mujeres en Suazilandia y el 44% en Etiopía, Burundi y Ruanda (Apéndice 2). De modo similar, durante la atención prenatal es fundamental controlar la presión arterial y realizar análisis de sangre y de orina para detectar riesgos del embarazo tales como preeclamsia, deficiencias nutricionales, infecciones, entre otros.[44] Aun así, en 91 países, solo el 73% de las mujeres que recibieron atención prenatal por parte de un profesional especializado declaró que se le realizaron los exámenes de rutina antes mencionados; este porcentaje oscila entre un promedio del 54% en 30 países de ingresos bajos y del 94% en 27 países de ingresos medios bajos (Apéndice 2).[45] Es importante destacar que la poca disponibilidad de laboratorios y equipo técnico especializado dificulta el examen y diagnóstico de los pacientes, incluso cuando los profesionales de la salud son conscientes de la necesidad de realizar estos análisis. África subsahariana, por ejemplo, cuenta con el 10% de la cobertura de servicios de patología que poseen los países de ingresos altos.[46] Incluso, es común que no puedan realizarse las pruebas más simples: distintos estudios demostraron que solo entre el 18% y el 61% de los centros de salud de Malí, Mozambique y Zambia cuentan con medidores de glucosa en sangre y tiras de orina.[47] Un estudio llevado a cabo en diez países halló que solo el 2% de los centros de salud suministra las ocho pruebas diagnósticas esenciales de la OMS para la prestación de servicios básicos.[48]

Los diagnósticos incorrectos tienen consecuencias perjudiciales para la salud, dado que retrasan el tratamiento y favorecen la resistencia antimicrobiana. A menudo la ausencia de un diagnóstico adecuado para la fiebre indiferenciada conduce al uso excesivo de antimicrobianos.[49] Efectuamos un análisis de los datos de las viñetas clínicas desarrolladas en PBMI y hallamos que existen amplias variaciones en la precisión de los diagnósticos. Por ejemplo, en seis países de África subsahariana, la precisión de los diagnósticos va desde el 0% de profesionales de la salud que identifican la malaria con la anemia en Togo al 94% de profesionales en Kenia

que diagnostican la hemorragia posparto (Figura 2A, Apéndice 2). Otro estudió demostró que en seis países de Europa del Este y Asia Central solo el 33% de los profesionales diagnosticaron de manera correcta los infartos agudos de miocardio.[50] En la práctica, es probable que el nivel de desempeño sea aun más bajo que en las viñetas. Por ejemplo, se registró que la precisión de los diagnósticos varía entre el 8% y el 20% para los casos de neumonía infantil en Malaui[51] y para una variedad de enfermedades relacionadas con la atención primaria en India.[52] Entre los factores que conducen a la elaboración de diagnósticos erróneos también se pueden mencionar la baja calidad de los análisis de laboratorio y el alto grado de dependencia en tecnologías de diagnóstico obsoletas. Por ejemplo, una evaluación externa de la calidad asistencial[53] realizada en la República Democrática del Congo halló que solo el 4% de los laboratorios identificó correctamente los parásitos que causan malaria y tripanosomiasis africana humana en todas las muestras analizadas. Del mismo modo, otros estudios llevados a cabo[54] en América Latina señalan que la citología vaginal presenta una sensibilidad de entre el 20% y el 25% solamente y tasas de positividad de HER2 (receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2) menores que las esperadas en mujeres con cáncer de mama temprano. En cuanto a la tuberculosis, la introducción de nuevos métodos para el diagnóstico ha sido lenta y un gran número de países aún continúa utilizando baciloscopía que a menudo produce resultados imprecisos.[55] En nueve países con alta carga de esta enfermedad, por cada prueba de referencia (Xpert MTB/RIF) se realizan nueve baciloscopías de esputo.[55]

Además de diagnósticos incorrectos, la atención de baja calidad también incluye la subutilización[56] de atención adecuada y el uso excesivo11 de atención innecesaria. Al analizar los datos de encuestas realizadas en PBMI, hallamos que usualmente los individuos no reciben tratamientos apropiados durante sus visitas al médico. Estos tratamientos incluyen intervenciones preventivas durante la atención prenatal especializada, terapia de rehidratación oral para los niños con diarrea o antibióticos para aquellos que presentan síntomas de neumonía (Figura 3, Apéndice 2). De igual manera, otro estudio[57] llevado a cabo en Malaui indicó que solo al 38·7% de los pacientes con neumonía leve cuyo diagnóstico fue confirmado en un segundo examen se le prescribió antibióticos de primera línea durante la consulta. Además, incluso después de haber sido diagnosticados, muchos pacientes no reciben tratamiento o se les proporciona un tratamiento inadecuado para enfermedades tales como VIH, tuberculosis, hipertensión, diabetes y depresión.[58–63] En los PBMI que cuentan con datos estadísticos, solo el 68% de las personas que conoce su estado serológico de VIH recibe terapia antirretroviral, mientras que solo al 5% de las personas diagnosticadas con un trastorno depresivo mayor se le proporciona un tratamiento mínimo adecuado (Figura 3, Apéndice 2). Las personas que padecen dolores intensos también reciben tratamiento inadecuado de manera sistemática en los PBMI.[36] La disparidad en la distribución de opioides equivalentes de morfina a nivel mundial ilustra esta situación, dado que los países de ingresos bajos reciben solo el 0·03% de las 298·5 toneladas métricas que se distribuyen por año, satisfaciendo solo el 2% de la demanda total de morfina en estos países.[36] Un estudio[64] realizado en China mostró que de todos los pacientes ingresados en hospitales por infarto al miocardio con elevación del segmento ST, solo la mitad de los candidatos ideales para el tratamiento de reperfusión lo recibieron. También existe una subutilización de otros tratamientos que reducen la mortalidad en pacientes, puesto que solo el 58% de los candidatos que cumple con los requisitos recibe β bloqueadores y al 66% de estos se le administran inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.[64] En conclusión, todos los informes citados en esta sección

Véase https:// dhsprogram.com/What-We-Do/ para acceder a las encuestas SPA Survey-Types/SPA.cfm

Véase http:// microdata.worldbank.org/ para obtener mayor información sobre las encuestas FBR

Véase https://data.worldbank.org/data-catalog/service-delivery-indicators para acceder a los **Indicadores de Prestación de Servicios**

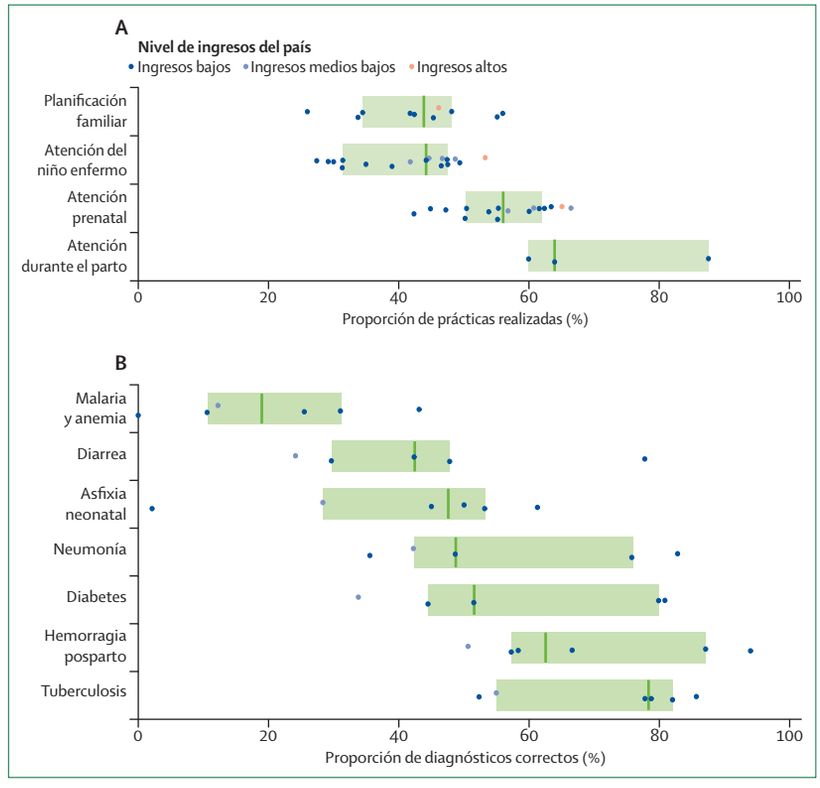

Figura 2: **Adherencia a las guías basadas en evidencia y precisión de los diagnósticos**
Los puntos indican las medias de cada país, las barras verticales muestran las medias de desempeño en los diferentes países y las cajas representan el RIQ. El Apéndice 1 define los indicadores y el Apéndice 2 presenta las medias de cada país. (A) La información se obtuvo de las encuestas Service Provision Assessment (SPA) realizadas en diez países (Etiopía 2014, Haití 2013, Kenia 2010, Malaui 2013, Namibia 2009, Nepal 2015, Ruanda 2007, Senegal 2015–16, Tanzania 2015 y Uganda 2007) y de las encuestas de establecimientos de línea de base sobre las evaluaciones de impacto del Financiamiento basado en Resultados (RBF) que se administraron en ocho países (Burkina Faso 2013, República Centroafricana 2012, Camerún 2011, República del Congo 2014, República Democrática del Congo. 2015, Kirguistán 2012–13, Nigeria 2013, y Tayikistán 2014–15). (B) Los datos se obtuvieron de las viñetas clínicas que contienen las encuestas de los Indicadores de Prestación de Servicios desarrollados por el Banco Mundial en colaboración con el Consorcio Africano de Investigación Económica y el Banco Africano de Desarrollo en Kenia (2012), Nigeria (2013), Tanzania (2014), Togo (2013) y Uganda (2013), y de la encuesta de Evaluación de la Provisión de Servicios administrada en Etiopía (2014).

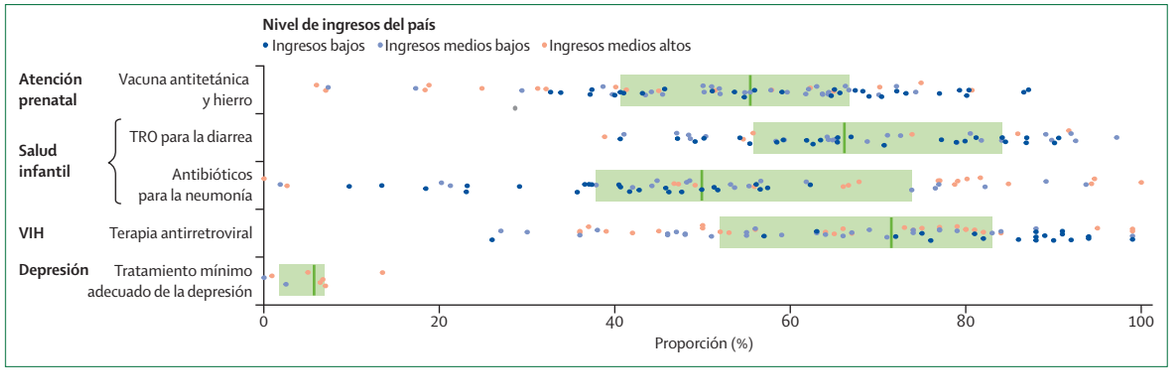

***Figura* 3: Proporción de individuos que reciben tratamientos adecuados entre aquellos que buscan atención médica en 112 países de bajos y medianos ingresos**

Los puntos indican las medias de cada país, las barras verticales muestran las medias de desempeño en los diferentes países y las cajas representan el RIQ. Para las vacunas antitetánicas y el hierro, las fuentes de datos que se utilizaron fueron las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados administradas en 75 países; para la terapia de rehidratación oral (TRO), se obtuvo información de las EDS realizadas en54 países; en el caso de los antibióticos para la neumonía, de las EDS y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados administradas en 63 países; para la terapia antirretroviral de las personas que son conscientes de su condición de seropositividad, las fuentes de datos fueron las estimaciones de ONUSIDA en 78 países, y para el tratamiento mínimo adecuado para la depresión, la Encuesta Mundial de Salud Mental administrada en ocho países. En el Apéndice 1 se brinda una definición de los indicadores y en el Apéndice 2 se presentan las medias de cada país.

Visite https://dhsprogram.com/data/ para obtener más información sobre **el programa EDS**

Para obtener mayor información acerca de las **Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados** véase http://mics.unicef.org/

representan oportunidades que no han sido aprovechadas para mejorar los resultados de salud de las personas que utilizan el sistema sanitario.

También se ha documentado el uso excesivo de atención innecesaria en los PBMI. En el estudio llevado a cabo en China previamente mencionado,[64] casi un tercio de los pacientes recibió sulfato de magnesio al ingresar al centro de salud, un tratamiento considerado poco eficaz, y a más de la mitad de los pacientes se los trató con medicina tradicional china, a pesar de que existe poca información respecto de su eficacia y seguridad.[64] Otros ejemplos de uso inadecuado de la atención a la salud incluyen el uso innecesario de antibióticos para la diarrea, cirugías cardíacas innecesarias, el uso excesivo de esteroides e histerectomías innecesarias.[11,65,66] A pesar de que muchas mujeres aún no tienen acceso a las cesáreas en caso de necesitarla, se ha registrado un aumento en las tasas de cesáreas innecesarias en los PBMI.[11,67] En estos países, el uso inapropiado y la prescripción excesiva de antimicrobianos, en conjunción con un saneamiento deficiente, un acceso inadecuado a las herramientas de diagnóstico y una baja precisión de los diagnósticos propician el aumento de la resistencia a los antimicrobianos.[68] Un estudio realizado en 2018[69] evaluó la calidad de la prescripción de antimicrobianos en pacientes hospitalizados en 53 países, entre ellos 25 eran PBMI. Algunas de las prácticas de prescripción de antibióticos inapropiadas que se observaron en este estudio incluyen las prescripciones para enfermedades no diagnosticadas, prescripciones sin fechas de finalización o revisión (a fin de evitar ciclos prolongados de antibióticos) y profilaxis quirúrgica prolongada.

Véase http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/ para obtener más información de las encuestas **STEPS**

Un asesoramiento apropiado y la educación en salud constituyen elementos esenciales de la atención basada en evidencia. Hallamos que durante la atención prenatal, muchos profesionales de la salud especializados no instruyen a las mujeres acerca de los síntomas de las complicaciones del embarazo o los métodos para prevenir infecciones por VIH. Tampoco advierten a las pacientes sobre los posibles efectos secundarios de los anticonceptivos cuando los prescriben (Apéndice 2). De igual manera, en muchas ocasiones, no se informa el diagnóstico durante la consulta.[52] A partir de observaciones de consultas infantiles realizadas en 17 países, se registró que solo el 43% de los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de los menores a sus cuidadores (Apéndice 2). El asesoramiento es sumamente importante para el manejo de enfermedades crónicas. El consumo de tabaco, el sobrepeso, las dietas malsanas y la inactividad física constituyen los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Los datos proporcionados por las encuestas STEPS de la OMS que fueron administradas en siete PBMI indican que los proveedores de salud no suelen ofrecer asesoramiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades cardiometabólicas: se informó sobre los riesgos del consumo de tabaco solo al 16% de los pacientes, sobre la importancia de realizar ejercicio al 29% y sobre los cambios en la dieta al 55% (Apéndice 2). En seis países de Latinoamérica y el Caribe, solo el 56% de los pacientes diagnosticados con al menos una enfermedad crónica declaró haber recibido información sobre dieta y ejercicio por parte de sus proveedores de atención primaria (Apéndice 2).[70]

Sistemas competentes

Aparte del contenido de la visita de atención médica, la atención competente requiere que el funcionamiento de todo el sistema esté al servicio del paciente. En este apartado, brindamos información actualizada sobre los cuatro elementos que componen los sistemas de salud: seguridad, prevención y detección, continuidad e

integración, y atención oportuna. La literatura documenta una variedad de problemas de seguridad en la atención de salud, entre los que se incluyen eventos adversos por medicamentos, eventos adversos y lesiones provocados por dispositivos médicos, lesiones causadas por errores de anestesia o procedimientos quirúrgicos (incluyendo las cirugías del lado equivocado), infecciones relacionadas con la atención sanitaria, prácticas incorrectas de transfusión e inyección, caídas, quemaduras y úlceras por presión.[71] A pesar de que en los PBMI la utilización de los servicios de salud es inferior, estos países cargan con las tasas más elevadas de eventos adversos causados por una atención insegura.[72] En estos países, las infecciones del sitio quirúrgico, el tipo más común de infección relacionada con la atención de salud, son considerablemente más frecuentes que en los países de ingresos altos.[73] La literatura sobre seguridad del paciente se ha focalizado mayormente en la atención hospitalaria; no obstante, es importante señalar que los eventos adversos también pueden presentarse en la atención ambulatoria. Entre este tipo de eventos se pueden mencionar los errores de medicación, las infecciones ocasionadas por prácticas deficientes de lavado de manos, inyecciones poco seguras, muestras de sangre o equipos reutilizables. Se estima que los PBMI poseen índices de eventos adversos relacionados con la medicación similares a los que presentan los países de ingresos altos. No obstante, el número de años perdidos de vida saludable por este tipo de eventos es aproximadamente el doble, puesto que en los PBMI estos afectan a pacientes más jóvenes.[72] En relación con la higiene, según un estudio realizado en 54 PBMI, el 35% de los centros de salud no cuenta con agua ni jabón para el lavado de manos y el 19% no posee saneamiento mejorado.[74] Como resultado, la falta de estos servicios compromete los esfuerzos para mejorar los comportamientos de higiene y reducir las infecciones relacionadas con la atención de salud. Sin embargo, si bien el agua y saneamiento son esenciales, el lavado de manos no se relaciona directamente con estos factores: se registró una baja adherencia a la higiene de manos, incluso en los establecimientos en los que estos insumos estaban disponibles.[75] Los eventos adversos implican costos no solo en términos de vidas humanas y discapacidad, sino también en términos de pérdida de confianza en los sistemas de salud.

La prevención y detección temprana de enfermedades, incluida aquella que se realiza mediante pruebas de detección recomendadas, constituye una función fundamental de los sistemas de salud de alta calidad. A pesar de esto, en seis países en América Latina y el Caribe, menos de la mitad de los pacientes adultos informó que les controlaron la presión arterial en el último año y el colesterol en los últimos cinco años.[76] Existen disparidades importantes en las tasas de realización de pruebas de detección de cáncer de cuello uterino y de mama.[54] En seis PBMI que participaron del estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE), el promedio de la cobertura de mamografías para las mujeres que por su edad deben realizarse pruebas de detección es del 20%; mientras que en India, fue de apenas un 1% y en Ghana, del 2%; (Apéndice 2).[63] En nueve países de América, el promedio de cobertura de la citología vaginal fue del 36% para las mujeres que deben realizarse el examen, y oscilaba entre el 10% en Nicaragua y el 97% en Panamá.77 Más aún, es probable que tampoco se realicen pruebas de detección necesarias ni se presten servicios de detección temprana a los trabajadores de la salud. La OMS recomienda que se realice una prueba de detección de VIH a todas las mujeres embarazadas en los países que poseen una prevalencia de VIH mayor al 5%.[78] En cinco de los nueve países que poseen una alta prevalencia de esta enfermedad, se efectuó la prueba de VIH al 95% de las mujeres embarazadas que utilizaban los servicios de atención prenatal. No obstante, a pesar de que la prevalencia de VIH es del 27% en Suazilandia y del 12% en Mozambique, solo se realiza esta prueba al 56% de las mujeres en Suazilandia y al 69% en Mozambique durante la atención prenatal (Apéndice 2).

Para acceder a los datos del estudio **SAGE de la OMS** visite http://www.who.int/healthinfo/sage/en/

La continuidad de la atención se ve reflejada en la capacidad del sistema de salud para fomentar la permanencia en la atención y la capacidad del paciente para consultar un médico que conozca su historia clínica. La integración comprende el grado de complementariedad y coherencia que caracteriza la prestación de servicios de salud. La continuidad de la atención y la integración son dimensiones fundamentales para el manejo de enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas, tales como el VIH, que requieren una asistencia continua al paciente después del diagnóstico y un enfoque de tratamiento integral.[58] En distintos servicios como por ejemplo la atención prenatal, la vacunación infantil, la terapia antirretroviral y la atención de salud mental, las tasas de permanencia oscilaron entre el 87% para la vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) en 83 PBMI y apenas el 55% de permanencia en la atención de salud mental en doce PBMI (Apéndice 2).[79,80] De igual manera, se han registrado demoras en el seguimiento de los resultados de las pruebas lo que plantea serios desafíos para el tratamiento de enfermedades infecciosas tales como el VIH y la tuberculosis.[59,71] De acuerdo con una revisión sistemática,[81] se estima que la pérdida de pacientes en el sistema de salud desde que se comunica el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue del 18% en África y del 13% en Asia. En cuanto a la integración, se deberían efectuar pruebas de VIH a todos los pacientes con tuberculosis, ya que los factores de riesgo asociados con ambas enfermedades son similares.[78] En la Región de África de la OMS, que posee la mayor carga de tuberculosis asociada al VIH, se realizaron pruebas de VIH al 82% de los pacientes con tuberculosis.[82]

Por otra parte, las demoras en el tratamiento pueden aumentar considerablemente el riesgo de mortalidad

para las personas con emergencias que amenazan la vida, tales como complicaciones del parto, trauma y accidentes cerebrovasculares. Asimismo, el diagnóstico y detección oportunos son de suma importancia para otras enfermedades que pueden ser curadas si son tratadas en etapas tempranas, como es el caso de algunos tipos de cáncer y otras enfermedades como la tuberculosis y la diabetes, en las que el tratamiento precoz evita su trasmisión o progresión. En los hospitales de los PBMI, se observó que el tiempo transcurrido entre el ingreso y la cirugía en casos de fracturas traumáticas de fémur fue significativamente mayor que en los hospitales de países de ingresos altos.[83] Un gran número de estudios describió lo que se conoce como primera y segunda demora, es decir, aquellas demoras que ocurren cuando las mujeres que experimentan complicaciones del parto deciden buscar atención médica y acuden a un centro de salud. No obstante, la tercera demora, aquella que se produce en la prestación de atención de alta calidad cuando las mujeres ya se encuentran en el centro de salud, representa un factor emergente de riesgo de mortalidad materna y neonatal.[84] Por ejemplo, un estudio[85] realizado en India reveló que si se les hubiera brindado asistencia sanitaria a las mujeres dentro de los diez minutos posteriores a su llegada al centro de salud, se podría haber evitado el 37% de las muertes fetales que se registraron en ese país. Adicionalmente, si no se realizan controles inmediatamente después del parto, hay mayores probabilidades de que no se detecten complicaciones obstétricas graves existentes. En 41 países en los que se realizan encuestas demográficas y de salud, solo el 41% de las mujeres que dio a luz en centros de salud refirió que alguien controló su estado de salud en la primera hora después del parto (Apéndice 2).

En el caso de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, establecer un diagnóstico oportuno es de suma importancia para interrumpir la transmisión y optimizar los resultados del tratamiento. Una revisión[86] de distintos estudios llevados a cabo en PBMI halló que el tiempo de espera entre el primer contacto del paciente con el sistema de salud y la fecha en la que recibió la confirmación del diagnóstico de tuberculosis promedió los 28,4 días, y varió entre los dos días en China y los 87 días en Pakistán. Con respecto al cáncer, las demoras causadas tanto por los pacientes como por el sistema de salud propician que la enfermedad que ya presenta un estado avanzado en la primera consulta continúe avanzando y que las tasas de mortalidad por cáncer aumenten en los PBMI. Distintos estudios[54,87,88] llevados a cabo en Brasil, México, Ghana, Perú y Ruanda registraron retrasos de hasta 28 semanas entre la primera consulta y el diagnóstico definitivo de cáncer de mama o cuello uterino. De acuerdo con los datos recopilados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la institución de salud más grande de México, el 54% de las mujeres con cáncer de mama esperó más de 30 días entre la mamografía y el diagnóstico, y el 44% de las mujeres con cáncer de cuello uterino esperó más de 30 días entre la citología vaginal y el diagnóstico.[89] Cabe destacar que las demoras para iniciar el tratamiento perjudican aún más el pronóstico de los pacientes. Estos datos también revelaron que el 70% de las mujeres con cáncer de mama y el 61% de las mujeres con cáncer de cuello uterino esperaron más de 21 días desde que recibieron el diagnóstico hasta que iniciaron el tratamiento.[89] De igual manera, un estudio[90] realizado en hospitales de Buenos Aires, Argentina, mostró que la mediana del tiempo de espera entre el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento con quimioterapia fue de 76 días en los hospitales públicos y de 60 días en los hospitales privados. Estas demoras suscitan cierta preocupación dado los resultados adversos que generan. Un tiempo de espera superior a las cinco semanas para iniciar el tratamiento definitivo puede afectar la supervivencia al cáncer de cuello uterino; mientras que en el caso del cáncer de mama, se desaconsejan las demoras en los diagnósticos que superan las doce semanas.[54,87]

Experiencia del usuario

Para prestar una atención de alta calidad se requieren una atención y sistemas de salud competentes; además, es necesario brindar una experiencia positiva al usuario. Más allá de su valor intrínseco, la experiencia positiva del usuario puede mejorar la permanencia en la atención, la adherencia a los tratamientos y, en última instancia, la confianza en los sistemas de salud.[91] Asimismo, algunos estudios hallaron una asociación entre la experiencia positiva del usuario y una mejor calidad técnica.[91,92]

A fin de revertir la falta de disponibilidad de datos internacionales sobre la experiencia del usuario, esta Comisión realizó una encuesta en línea sobre este aspecto de la atención médica en doce países de África, Latinoamérica, Asia y Medio Oriente. Aunque se presentará la totalidad de los resultados de esta encuesta en trabajos futuros, en el Figura 4 se muestran los principales resultados, junto con indicadores de otras encuestas administradas en 49 PBMI y en once países de ingresos altos (Apéndice 2).[70] Observamos que, en los PBMI, un promedio del 34% de las personas refirió haber tenido una mala experiencia como usuario de los sistemas de salud. Entre los aspectos que mencionaron se encuentran un trato desinteresado o irrespetuoso por parte del personal del establecimiento (41%), tiempos de espera prolongados (37%), mala comunicación (21%) o consultas cortas con los profesionales de la salud (37%). Una revisión realizada en 2017[93] también obtuvo el mismo resultado en la duración de la consulta con los profesionales, dado que el promedio de la duración de las consultas de atención primaria era inferior a cinco minutos en los PBMI.

Sin embargo, es importante señalar algunas disparidades observadas entre las encuestas. En los países en los que se llevó a cabo la encuesta del Afrobarómetro, el 42% de los encuestados informó que nunca recibió un trato desinteresado ni irrespetuoso, mientras que en la encuesta

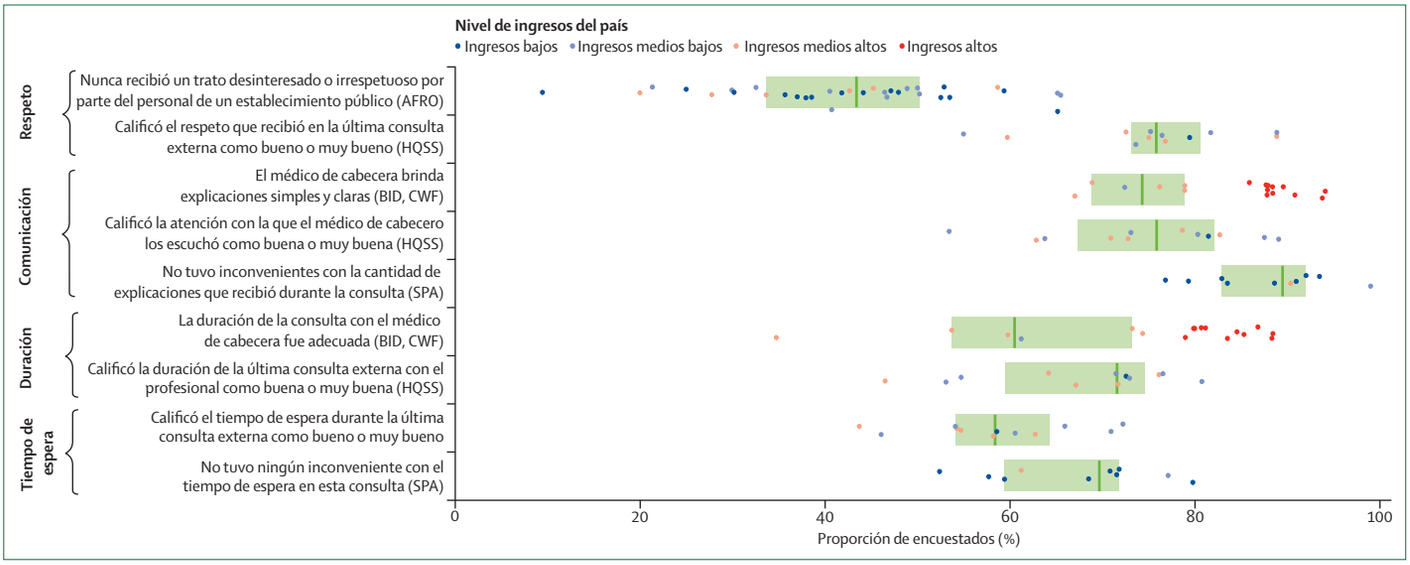

Figura 4: **Experiencia del usuario en 49 países de bajos y medianos ingresos (PBMI) y 11 países de ingresos altos**
Los puntos indican las medias de cada país, las barras verticales muestran las medias de desempeño en los diferentes países y las cajas representan el RIQ. Las medias representadas no incluyen valores de países de ingresos altos. Los datos se obtuvieron de las encuestas mencionadas. AFRO=encuesta del Afrobarómetro administrada en 35 PBMI de África (2011-13). HQSS=encuesta en línea realizada por esta Comisión en doce PBMI (2017). BID=encuesta telefónica nacional sobre el acceso a la atención primaria, su utilización y calidad realizada por el Banco Interamericano de Desarrollo en seis PBMI de América Latina y el Caribe (2013). SPA=encuestas Service Provision Assessment (Evaluación de la Provisión de Servicios) administradas en diez PBMI (2007–16). CWF=Encuesta Internacional sobre Políticas de Salud del Fondo Commonwealth (Commonwealth Fund, CWF) realizada en once países de ingresos altos (2013). En el Apéndice 1 se brinda una definición de los indicadores y en el Apéndice 2 se presentan las medias de cada país.

en línea, el 75% de los encuestados reportó haber recibido un trato respetuoso durante la última consulta. Las diferencias entre los países en términos de nivel de ingresos (una encuesta se administró en una mayor cantidad de países de ingresos medios que las del Afrobarómetro), redacción (en las encuestas del Afrobarómetro se empleó la frase "nunca experimentó"), intervalos (último año vs. última consulta) y muestreo de la encuesta (los usuarios de internet poseen un nivel socioeconómico promedio más alto que los encuestados en el hogar) son factores que pueden explicar las discrepancias observadas. Las diferencias en las expectativas que tienen los usuarios sobre la calidad también pueden influenciar el modo en el que estos perciben su experiencia con los sistemas de salud. No se han fijado estándares que definan lo que constituye una buena experiencia del usuario. No obstante, en los países de ingresos altos las calificaciones de los usuarios respecto de la comunicación y la duración de la consulta con los profesionales fueron sistemáticamente más altas que en los PBMI (Figura 4). Más específicamente, solo el 11% de los encuestados indicó que la comunicación fue mala y el 17% informó que la duración de la consulta fue corta, en comparación con un promedio del 74% y el 60% en los seis países de Latinoamérica y el Caribe que participaron en la encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo.

En los PBMI, una gran proporción de mujeres refirió haber recibido un trato irrespetuoso y agresivo durante el parto en los centros se salud,[9] incluyendo casos documentados de maltrato físico, atención clínica no consentida, falta de confidencialidad y dignidad, discriminación, abandono y detención. Una revisión[9] de distintos estudios llevados a cabo en PBMI reveló que un rango del 19% al 98% de las mujeres informó haber sufrido maltrato verbal durante el parto, mientras que entre el 3% y el 36% informó haber sufrido maltrato físico. Además de que constituyen indicadores de una baja calidad asistencial, tanto el trato irrespetuoso como el maltrato son inadmisibles en el ámbito de la salud.

Sin embargo, estas cifras revelan solo una parte de la realidad. Las opiniones de los pacientes incluidas en el Recuadro 2 también evidencian la calidad de los procesos de atención, en especial la calidad de la experiencia del usuario.

Impactos de la calidad

Una atención de alta calidad comprende tanto la atención competente como la experiencia positiva del usuario y tiene la capacidad de generar efectos en la salud de los ciudadanos, su confianza en los sistemas de salud y los resultados económicos. En esta sección, presentamos la evidencia disponible sobre morbilidad y mortalidad asociadas a una baja calidad asistencial. Además, brindamos un resumen de los datos sobre la confianza que las personas depositan en los sistemas de salud y abordamos los potenciales beneficios económicos que podría generar una atención de alta calidad.

Salud

A pesar de que las causas de muerte suelen ser multifactoriales, y la atención médica es solo uno de los factores que incide en ella, las muertes por ciertas

Véase http://www.afrobarometer.org/data para obtener mayor información sobre **las encuestas del Afrobarómetro**

Véase http:// www.commonwealthfund.org/interactives-and-data para obtener mayor información sobre **la encuesta del CFW**

Recuadro 2* Más allá de las cifras—experiencias en el sistema de salud

Realizar entrevistas a los pacientes puede ser útil para obtener un panorama más completo de sus experiencias en el sistema de salud. Por ejemplo, el Banco Mundial publicó en el año 2000 un libro paradigmático, La voz de los pobres,[A1] en el que se recopilan historias de personas de todo el mundo y se describen los desafíos a los que se enfrentan los pobres no solo para acceder a la atención médica, sino también para navegar con éxito en el sistema de salud. Desde su publicación, se han realizado varios estudios cualitativos que aportaron información valiosa para comprender con mayor claridad cómo las personas reciben un tratamiento diferencial cuando buscan atención médica. Realizamos una revisión rápida de estos estudios (el Apéndice 1 describe los métodos empleados para tal fin). Las historias narradas en estos estudios ponen de relieve las disparidades que existen tanto en términos de atención competente como de experiencia del usuario.

Los pacientes de una gran variedad de países de bajos y medianos ingresos describieron la falta de adecuación de los servicios y de sistemas competentes. En Egipto, por ejemplo, una mujer señaló que "en el hospital, no hacen nada por la gente, a menos que uno sea familiar del personal o gente rica que tenga poder o autoridad".[A1] Un participante de un grupo focal en Tanzania[A2] señaló que "muchas veces nos dicen que los medicamentos están disponibles y otras que no están disponibles. Cuando alguien dice que no hay medicamentos, es un siri (secreto). Ella es la única que lo sabe y toma la decisión cuando nos ve llegar. …Esto nos enoja… Los obstáculos son estos, como los de los medicamentos, incluso si no hay medicamentos, lo que me hace sentir mal es el juego". Los pacientes también declararon que la atención que recibieron y los exámenes que les realizaron fueron inadecuados. Un participante de un grupo focal en Etiopía[A3] describió la atención que recibió durante el parto: "dejaron placenta adentro de mi cuerpo. Como están apurados, no me revisaron. Después de dar a luz, estuve recostada allí durante cinco horas y nadie vino a preguntarme si estaba sangrando…Después de tres días, mi cara se hinchó… Casi muero".

Estos estudios también exponen una mala experiencia del usuario, incluyendo maltrato verbal y negligencia por parte de los trabajadores de la salud. Un paciente en Rusia afirmó que "el hospital es como una prisión".[A1]

Una persona en GhanaA4 relató que "la gente siempre dice que los enfermeros gritan mucho, que les dicen cosas feas y que a veces no quieren atenderlos. Solo les interesan las personas importantes que tienen dinero para darles". Los pacientes pobres, como este encuestado de Timor Oriental,A5 suelen referir que reciben un trato irrespetuoso y discriminatorio por parte de los trabajadores de la salud: "Los trabajadores sanitarios nos gritan como si fuésemos esclavos…priorizan a las personas importantes, ricas e intelectuales, y menosprecian a los pobres, a los que no tienen dinero, son estúpidos y sucios. Por esto, las personas no quieren ir al hospital aunque tengan una carta de remisión".

*Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

condiciones de salud dependen en gran medida de la calidad de la atención que se recibe y constituyen indicadores sensibles del buen funcionamiento de un sistema de salud. Para esta Comisión, analizamos la carga de mortalidad a causa de una baja calidad asistencial en distintas enfermedades contempladas en los ODS.[94] Comparamos la mortalidad por enfermedades susceptibles de tratamiento médico de los PBMI con la de aquellos países que poseen sistemas de salud con un buen desempeño, a fin de estimar el porcentaje de muertes que puede deberse a la baja calidad asistencial de los sistemas de salud.

Estimamos que cada año mueren 8·6 millones de personas (intervalo de incertidumbre [II] 8·5–8·8 millones) en 137 PBMI por no contar con un acceso adecuado a una atención de calidad. De este total, 3·6 millones (II 3·5–3·7 millones) son personas que no pudieron acceder al sistema de salud, mientras que 5·0 millones (II 4·9–5·2 millones) son personas que buscaron atención médica pero que no recibieron una atención de buena calidad. La baja calidad asistencial causó 82 muertes por cada 100·000 personas en los PBMI, cifra que representa una tasa anual de mortalidad equivalente a la tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares a nivel mundial.[94]

Las muertes por enfermedades cardiovasculares representan el 33% de las muertes por enfermedades susceptibles de tratamiento médico (Figura 5).[94] La cardiopatía isquémica es el principal factor que contribuye a las muertes por enfermedades cardiovasculares tratables: 1·4 millones de decesos se producen por una baja calidad asistencial, mientras que 260·000 son consecuencia de no haber recurrido a los sistemas de salud. Del total de dos millones de muertes por enfermedades neonatales y tuberculosis susceptibles de tratamiento médico, el 56% de las personas que falleció utilizó el sistema de salud, pero no recibió una atención de buena calidad. Para otras prioridades de salud, entre las que se incluyen enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, salud mental y diabetes, cuya cobertura aún sigue siendo baja, la decisión de no utilizar los sistemas de salud resulta más perjudicial que una baja calidad asistencial. No obstante, cabe destacar que esta situación se revertirá a medida que aumente el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con los resultados obtenidos, optimizando la atención y ampliando la cobertura, se podría mejorar la eficiencia de los sistemas de salud para salvar vidas en una gama de enfermedades. Más específicamente, un análisis que utilizó métodos similares con una lista más acotada de condiciones de salud reveló que se podrían haber evitado 8·0 millones de muertes a nivel global si se hubiera ofrecido una atención de alta calidad.[95]

Las muertes maternas y neonatales constituyen un indicador particularmente sensible para medir la calidad del sistema de salud, puesto que un gran número de muertes por complicaciones del parto puede evitarse si se proporciona el tratamiento apropiado.[96] En la Figura 6, se presenta una comparación entre las tasas de muertes maternas y neonatales en países que poseen una alta cobertura similar de partos asistidos por personal sanitario calificado (80%–90% de los partos). Con este propósito, se agruparon los países de acuerdo con el nivel de ingresos a fin de reducir la influencia de los determinantes sociales y económicos. En los países que cuentan con una cobertura similar, se observan disparidades importantes en la mortalidad materna y neonatal que resultan evidentes. El ratio que mide de peor a mejor el desempeño de los países respecto de la

mortalidad materna fue 2·1 en los países de ingresos bajos, 12·2 en los países de ingresos medios bajos y 5·7 en los países de ingresos medios altos. Con respecto a la mortalidad neonatal, esta relación fue 1·4, 3·7 y 2·9, respectivamente, lo que sugiere que existen disparidades en la calidad asistencial.

Al igual que con la mortalidad materna y neonatal, se puede reducir la frecuencia de las muertes fetales brindando una atención de alta calidad.[97] Para esta Comisión, se realizó un análisis en 81 países, que son el foco de interés de la iniciativa Countdown to 2030, en el que se empleó la herramienta Lives Saved Tool. Este estudió estimó que se podrían evitar 520·000 muertes fetales y salvar 670·000 vidas neonatales y 86·000 vidas maternas en estos países para el año 2020 si se brinda una atención adecuada en los niveles actuales de utilización de los sistemas de salud (Apéndice 1). Es importante señalar que estas cifras probablemente subestimen la mortalidad actual debido a que se emplearon los insumos necesarios para la atención como indicadores de la calidad, en lugar de utilizar los procesos de atención. Un análisis previo que utilizó distintos métodos halló efectos similares en las muertes fetales, pero a diferencia del análisis mencionado, se logró salvar un mayor número de vidas maternas y neonatales.[98] Además de mejorar la calidad de la atención que se brinda durante el trabajo de parto y el parto, también es fundamental optimizar la calidad de la atención prenatal y de la planificación familiar a fin de reducir el número de muertes fetales.[97]

Asimismo, la supervivencia al cáncer a nivel poblacional constituye un indicador de la efectividad del sistema de salud.[99] Un estudio[99] llevado a cabo en 2018 en el que se analizaron los registros de cáncer de 71 países halló que las tasas de supervivencia al cáncer varían según el país y el tipo de cáncer. Por ejemplo, la mayoría de los países reportaron una tendencia creciente en la supervivencia neta a cinco años para el cáncer de mama desde 1995; sin embargo, países tales como India, Tailandia y varios países de Europa del Este no siempre muestran esta tendencia.[99]

En un sentido más amplio, la mortalidad hospitalaria ajustada por severidad de la enfermedad y riesgo subyacente puede ser de utilidad para evaluar la calidad asistencial que brindan los establecimientos, y la mortalidad hospitalaria agregada puede brindar perspectivas valiosas sobre la calidad de la atención secundaria que se provee en una región o país. A fin de brindar una atención hospitalaria de alta calidad es necesario contar con sistemas de establecimientos de salud que funcionen correctamente. Estos incluyen un sistema de triaje en los servicios de emergencias, procesos de toma de decisiones rápidos en pacientes críticos, supervisión de pacientes internados y adherencia a prácticas de prevención de infecciones, entre otros aspectos. Estudios realizados en PBMI señalan que existen altas tasas de mortalidad materna institucional, perioperatoria y en los servicios de urgencias, así como también tasas elevadas de mortalidad hospitalaria en pacientes ingresados por infartos agudos de miocardio. Por ejemplo, según la encuesta global de la OMS[100] sobre salud materna y neonatal, los índices de mortalidad materna hospitalaria eran entre dos y tres veces superiores a los esperados según la severidad del caso. También se registraron tasas elevadas de mortalidad perioperatoria y por anestesia en hospitales de PBMI que son indicativas de déficits en la calidad de la atención quirúrgica y hospitalaria.[101–104] El estudio African surgical outcomes study101 reveló que los pacientes africanos tenían el doble de probabilidades de morir como consecuencia de una cirugía en comparación con la media mundial, a pesar de ser más jóvenes, tener un perfil de bajo riesgo y someterse a cirugías de menor complejidad. La mayoría de los decesos ocurren en el posoperatorio, lo que sugiere que podrían haberse salvado muchas vidas si se hubiera realizado un monitoreo eficiente del deterioro fisiológico en los pacientes que desarrollaron complicaciones. De igual manera, a pesar de que no se ha investigado en profundidad la calidad de la atención de los servicios de emergencia y las unidades de trauma, un estudio mostró que la mortalidad registrada en los servicios de urgencia en los PBMI es significativamente más alta que aquella que suelen presentar los países de ingresos bajos. Estas diferencias indican deficiencias en la calidad y la eficiencia de la atención que brindan estos servicios de emergencia.[105]

Este es el caso de China, en donde no se observaron cambios significativos en la mortalidad hospitalaria en los pacientes ingresados por infarto al miocardio con elevación del segmento ST entre 2001 y 2011, lo que evidencia una necesidad de optimizar la atención.[64]

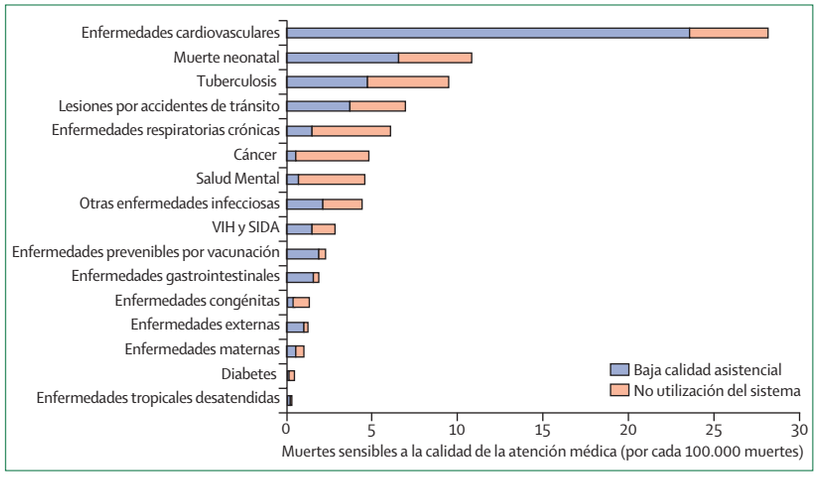

Figura 5: **Muertes por enfermedades incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible causadas por una baja calidad asistencial y la no utilización de los sistema de salud en 137 países de bajos y medianos ingresos[94]**
Las muertes por factores externos son aquellas que se producen por intoxicaciones y eventos médicos adversos. Las muertes por enfermedades infecciosas también incluyen aquellas causadas por enfermedades diarreicas, infecciones intestinales, malaria e infecciones de las vías respiratorias superiores e inferiores.

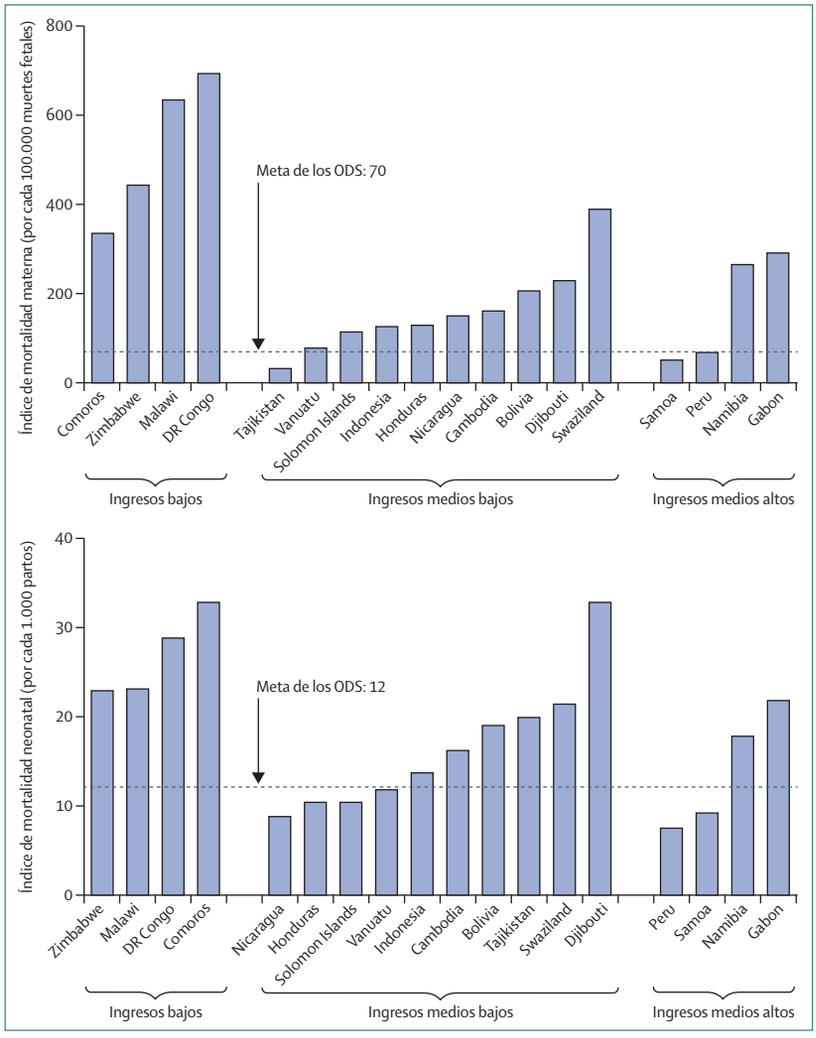

Figura 6: **Diferencias en los índices de mortalidad materna y neonatal en países de bajos y medianos ingresos que poseen una cobertura del 80%-90% de partos asistidos por personal sanitario calificado**
Las estimaciones sobre mortalidad fueron realizadas por la OMS utilizando estimaciones basadas en modelos del 2015.[A6,A7] Los datos sobre partos asistidos por personal sanitario calificado se obtuvieron de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial,[A8] empleando la información disponible más reciente de los últimos diez años. Las líneas horizontales indican las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Debido a que en estos países los sistemas de registro de datos vitales solo logran registrar un número reducido de muertes, las estimaciones globales deben proveer los datos faltantes o poco confiables. Se debe tener cierto cuidado al interpretar las estimaciones sobre mortalidad debido a la incertidumbre asociada con los errores de medición. Las referencias se encuentran en el Apéndice 1.

La mortalidad no es el único indicador para medir la carga total de la baja calidad asistencial, puesto que los ciudadanos que acceden a una atención de baja calidad pueden desarrollar morbilidades, entre las que se encuentran secuelas físicas, síntomas persistentes, reducción de función, dolor y mala calidad de vida. Por ejemplo, para muchas personas en los PBMI, el acceso a la atención médica no incluye el tratamiento de enfermedades controlables tales como hipertensión, diabetes, VIH, tuberculosis, enfermedades pulmonares crónicas y depresión. La baja calidad asistencial durante el parto podría causar morbilidades que tienen consecuencias a largo plazo.

Un estudio[106] en el que participaron 1·7 millones de adultos en China halló que solo al 24% de los pacientes que recibía tratamiento para la hipertensión, se le controló la presión arterial. Asimismo, otro estudio representativo a nivel nacional,[107] realizado en ese mismo país, halló que de todos los pacientes con diabetes que recibían tratamiento, solo al 40% se le había realizado un control adecuado de la glucemia. La atención primaria de alta calidad puede evitar complicaciones de la diabetes como por ejemplo ceguera, insuficiencia renal y amputación de miembros inferiores. No obstante, en 2016, el Instituto Mexicano del Seguro Social informó que se realizaron amputaciones de miembros inferiores a 4518 pacientes con diabetes, que tuvieron una incidencia de 120 por cada 100 000 pacientes. Este índice evidencia la continuación de una tendencia al aumento de la incidencia de amputaciones en pacientes diabéticos previamente registrada, que es más elevada que la incidencia comparable de la mayoría de los países de la OCDE.[89,108]

De acuerdo con estimaciones publicadas por ONUSIDA en el año 2017,[79] solo el 71% de las personas en terapia antirretroviral en los PBMI alcanzó la supresión viral y solo diez países cumplieron con el objetivo de alcanzar la supresión viral en el 90% de los pacientes. Las tasas de éxito en el tratamiento de la tuberculosis también son indicadores de la calidad de la atención. Estas tasas señalan que solo ocho de los treinta países con alta carga de tuberculosis alcanzaron la meta de una tasa de éxito del 90% en el tratamiento de primera línea.[109] En países con una alta carga de tuberculosis fármacorresistente, las tasas de éxito en el tratamiento oscilan entre el 50% y el 85%.[109] Las cifras presentadas en este apartado subrayan la necesidad de optimizar el seguimiento, tratamiento y asesoramiento de pacientes que padecen enfermedades controlables en los PBMI.

La fístula obstétrica constituye un trastorno debilitante que tiene efectos devastadores para la salud y la vida social de las mujeres que lo padecen. Por lo general, se produce como consecuencia de partos prolongados u obstruidos. Esta afección ocasiona problemas de salud, ya que provoca una filtración de orina o materia fecal a través de la vagina, complicaciones por las que en algunas regiones se condena a las mujeres al ostracismo social. De acuerdo con lo que han registrado distintos estudios, a pesar de que existen factores culturales como el matrimonio infantil que incrementan el riesgo de partos obstruidos, la persistencia de la fístula en algunos países y regiones constituye un indicador de una atención obstétrica de baja calidad y de deficiencias en el sistema de salud en general.[111] Con base en encuestas demográficas y de salud administradas en 25 países, estimamos la proporción de mujeres que presentaron síntomas de fístula obstétrica entre aquellas que recibieron atención calificada en el último parto. De la cifra total de partos institucionales, diez de cada

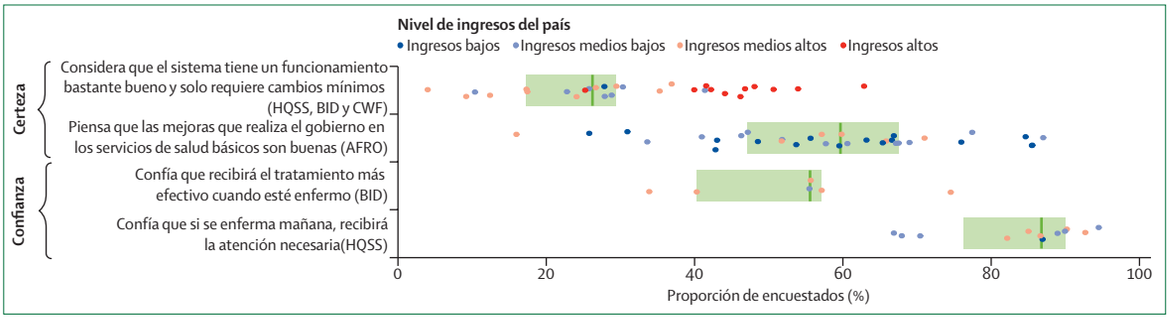

Figura 7: **Confianza en los sistemas de salud en 45 países de bajos y medianos ingresos (PBMI) y 11 países de ingresos altos**
Los puntos indican las medias de cada país, las barras verticales muestran las medias de desempeño en los diferentes países y las cajas representan el RIQ. Las medias representadas no incluyen valores de países de ingresos altos. Los datos se obtuvieron de las encuestas mencionadas. AFRO=encuesta del Afrobarómetro administrada en 34 PBMI de África (2011-13). HQSS=encuesta en línea realizada por esta Comisión en doce PBMI (2017). BID=encuesta telefónica nacional sobre el acceso a la atención primaria, su utilización y calidad realizada por el Banco Interamericano de Desarrollo en seis PBMI de América Latina y el Caribe (2013). CWF=Encuesta Internacional sobre Políticas de Salud del Fondo Commonwealth (Commonwealth Fund, CWF) realizada en once países de ingresos altos (2013). En el Apéndice 1 se brinda una definición de los indicadores y en el Apéndice 2 se presentan las medias de cada país.

1000 mujeres refirieron haber presentado síntomas de fístula obstétrica, y esta proporción osciló entre 0·54 por cada 1000 mujeres en Burkina Faso y 32 por cada 1000 mujeres en Pakistán (Apéndice 2). Por el contrario, en los países de ingresos altos las fístulas obstétricas han quedado virtualmente eliminadas.

La remisión o reducción de los síntomas es otro objetivo que se plantea al proporcionar tratamiento. En el estudio SAGE de la OMS, solo el 50% de los pacientes que recibían tratamiento para enfermedades pulmonares crónicas y solo el 7% de las personas que se estaban tratando por depresión informaron que hacía dos semanas que no experimentaban síntomas relacionados con la enfermedad (Apéndice 2). La Comisión *Lancet*[36] sobre el acceso a cuidados paliativos y alivio del dolor estimó la carga mundial de sufrimiento grave relacionado con la salud y reveló que de los 61 millones de pacientes a nivel mundial que padecen este tipo de sufrimiento, más del 80% reside en PBMI.

Confianza en el sistema

La calidad asistencial que reciben los ciudadanos también tiene consecuencias importantes en la confianza que estos depositan en el gobierno y en el sistema de salud de su país y, por lo tanto, puede afectar las decisiones respecto de cuándo y dónde buscar atención.

En la Figura 7, se muestra la variación que presentan los distintos grados de confianza y certezas que las personas tienen en relación con los sistemas de salud en 45 PBMI. Por ejemplo, solo el 24% de las personas afirmaron que el funcionamiento de su sistema de salud era bastante bueno y que solo requería cambios mínimos para funcionar mejor.112 Por otra parte, el 47% de los encuestados respondió de la misma manera a esa afirmación en once países de ingresos altos, porcentaje que varía entre el 24% en EE. UU. y el 61% en el Reino Unido (Apéndice 2).[113] Es importante destacar que las diferencias en las muestras y la redacción de los indicadores de las encuestas probablemente justifiquen algunas de las discrepancias observadas. Por ejemplo, el alto grado de certeza que expresaron los ciudadanos en la encuesta en línea realizada por esta Comisión acerca de la capacidad del sistema para brindar la atención necesaria puede deberse, en parte, al alto nivel socioeconómico de los usuarios de internet. La encuesta Mundial Gallup[114] también mostró disparidades importantes respecto de la satisfacción entre los países de ingresos bajos y aquellos de ingresos altos. Por ejemplo, en África subsahariana, África del Norte y Medio Oriente, solo entre el 42% y el 49% de los encuestados se mostraron satisfechos con la disponibilidad de atención de alta calidad a su alcance, en comparación con el 86% en Europa del Norte. Aun así, se debe interpretar con cierta cautela la satisfacción de los pacientes como un indicador de calidad (Recuadro 3).

Otro estudio reveló una asociación entre una mayor calidad técnica de los servicios de salud, conjugada con una prestación de servicios que responde a las necesidades de la población, un trato justo, mejores resultados de salud y una protección financiera, y una mayor probabilidad de confiar en el gobierno.[29] De igual manera, existe una relación entre una mejor experiencia del usuario (comunicación y duración de la consulta con los proveedores) y una mayor confianza en los sistemas de salud en Latinoamérica y el Distintos estudios sugieren que la calidad de los servicios, en especial aquella percibida por el paciente, podría afectar los patrones de utilización de la asistencia médica, la permanencia en la atención y la decisión de no utilizar ciertos establecimientos de salud.[115,116] Por ejemplo, en la encuesta en línea llevada a cabo por esta Comisión, más de la mitad de los pacientes que optó por no buscar atención en el último año (a pesar de requerir cuidados médicos) declaró que lo hizo por motivos relacionados con la calidad (p. ej., formación insuficiente de los proveedores, tiempos de espera prolongados o trato irrespetuoso), en contraposición a razones como los costos de la atención o la distancia hasta los

Recuadro 3* ¿Por qué las personas están satisfechas con una baja calidad asistencial?

Dada la prevalencia de la baja calidad asistencial en los países de bajos y medianos ingresos quizás resulta paradójico que los pacientes en estos países tienden a reportar un alto grado de satisfacción con la atención que reciben. En ocho países de ingresos bajos, el 79% de los pacientes y cuidadores indicaron que se encontraban muy satisfechos con la atención brindada por los profesionales durante las consultas médicas, a pesar de que estos realizaron menos de la mitad de las actuaciones clínicas recomendadas (en el Apéndice 2 se presentan los resultados). Este porcentaje osciló entre el 75% para las consultas infantiles y el 85% para la planificación familiar (Apéndice 2). Es frecuente que en las encuestas administradas en PBMI los encuestados manifiesten altos grados de satisfacción con la asistencia sanitaria. Sin embargo, es preciso interpretar con cuidado las percepciones de los pacientes cuando se las considera medidas de calidad.

Además de la calidad de la atención, existen otras variables que inciden en la satisfacción del usuario tales como el acceso a la asistencia, costos, el estado de salud, las expectativas, los resultados inmediatos de la atención y la gratitud.[A9] Asimismo, la valoración de la satisfacción puede ser susceptible a un considerable sesgo de la encuesta.[A10] En la encuesta en línea sobre la experiencia del paciente llevada a cabo por esta Comisión, evaluamos un factor que consideramos que incide en el alto grado de satisfacción que reportan los pacientes: las bajas expectativas respecto de la calidad asistencial. Se le solicitó a los encuestados que califiquen la calidad de la atención en función de unas viñetas breves.

Por ejemplo, una de las viñetas describe cómo una enfermera modifica la medicación de un paciente con hipertensión sin controlar su presión arterial ni consultarle sobre sus síntomas. En la encuesta, un promedio del 53% de los 17 966 encuestados de doce países y hasta el 62% de los 1292 encuestados en Senegal calificaron la calidad asistencial representada en esta viñeta de buena a excelente. Estos porcentajes evidencian que el umbral respecto de lo que se considera una atención de calidad es bajo (Apéndice 2). Es probable que las bajas expectativas acerca de lo que constituye una atención de calidad sean producto de la baja calidad asistencial que prevalece en los sistemas de salud, una mala gestión y mecanismos de funcionamiento inadecuados para exigir la rendición de cuentas.

Otros estudios también demuestran que las encuestas sobre el grado de satisfacción de los pacientes se ve afectado por el sesgo de aquiescencia. Aquellas encuestas cuyos enunciados están redactados de manera positiva y solicitan a los pacientes que expresen si están de acuerdo o no con el enunciado, obtendrán un mayor porcentaje de respuestas positivas que las encuestas que contienen enunciados más imparciales.[A10] En la Sección 4 se debate con mayor profundidad la utilidad de la satisfacción del paciente como medida de calidad del sistema de salud.

*Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

establecimientos. La proporción más alta de pacientes se registró en México, país en el que el 73% de los encuestados declaró que no solicitó atención médica por razones relacionadas con la calidad. De igual manera, un estudio[117] llevado a cabo en Haití halló una asociación entre centros de atención primaria de mayor calidad y una tasa más elevada de utilización.

Asimismo, la percepción de una baja calidad asistencial también puede incidir en la decisión de no acudir a ciertos establecimientos. En ciertos hogares, algunas familias incluso recurren a centros de salud que se encuentran a una mayor distancia o deciden pagar más dinero a fin de obtener una atención de mejor calidad.[118,119] En India, por ejemplo, un gran número de pacientes opta por ser atendido en establecimientos del sector privado, puesto que consideran que estos centros brindan servicios de atención a la salud más competentes que aquellos que pertenecen al sector público. De acuerdo con los datos recopilados por la encuesta District Level Household and Facility Survey de India, el 51% de las familias no utilizó establecimientos públicos cercanos para la atención médica habitual; de este total, el 80% indicó al menos un motivo de preocupación que influyó en esta decisión (Figura 8, Apéndice 1). Es posible que algunas personas también decidan no acudir a centros de atención primaria y opten por recibir asistencia en hospitales o establecimientos de mayor nivel para atender enfermedades que pueden tratarse en la atención primaria.[120] Por ejemplo, a partir de una encuesta[121] administrada en China se observó que entre las razones más comunes detrás de la decisión de no utilizar la atención primaria y recurrir directamente a hospitales se encuentran la baja calidad asistencial y la desconfianza en los centros de atención primaria. Es preciso señalar que la atención primaria constituye la piedra angular de todo sistema de salud de calidad, dado que es la puerta de entrada para la mayoría de los problemas de salud y desempeña un rol fundamental en la coordinación de la atención y garantiza la continuidad de la asistencia en todas las plataformas del sistema de salud. Sin embargo, en muchas ocasiones los centros de atención primaria no cumplen esta función. Utilizamos los datos de encuestas de establecimientos de nueve países para desarrollar un puntaje de calidad de la atención primaria sobre la base de tres dominios de la calidad: atención basada en evidencia, sistemas competentes y experiencia del usuario. Hallamos un puntaje promedio de tan solo 0·41 de 1 que osciló entre un promedio de 0·32 en Etiopía y 0·46 en Namibia (Apéndice 2). Por el contrario, algunos estudios[122] no identificaron una asociación entre utilización y medidas de calidad tales como la capacidad de los médicos, lo que probablemente se deba a la asimetría de información que existe entre los profesionales y los pacientes. Una área interesante para realizar futuras investigaciones será analizar cómo se responde a la demanda de una atención médica de mayor calidad, haciendo hincapié en el rol que cumplen la información y la percepción de la calidad en los patrones de utilización.

Beneficio económico

El mejoramiento de la calidad de los sistemas de salud puede justificarse con fundamentos éticos, epidemiológicos y económicos. Existe poca evidencia sobre la conexión que existe entre los niveles de calidad asistencial y los resultados económicos. En este informe, se describen tres tipos de consecuencias económicas que podrían evitarse mediante sistemas de salud de alta calidad: efectos macroeconómicos de la mortalidad prematura, gastos innecesarios en el sistema de salud y gastos catastróficos y empobrecedores que deben afrontar los ciudadanos.

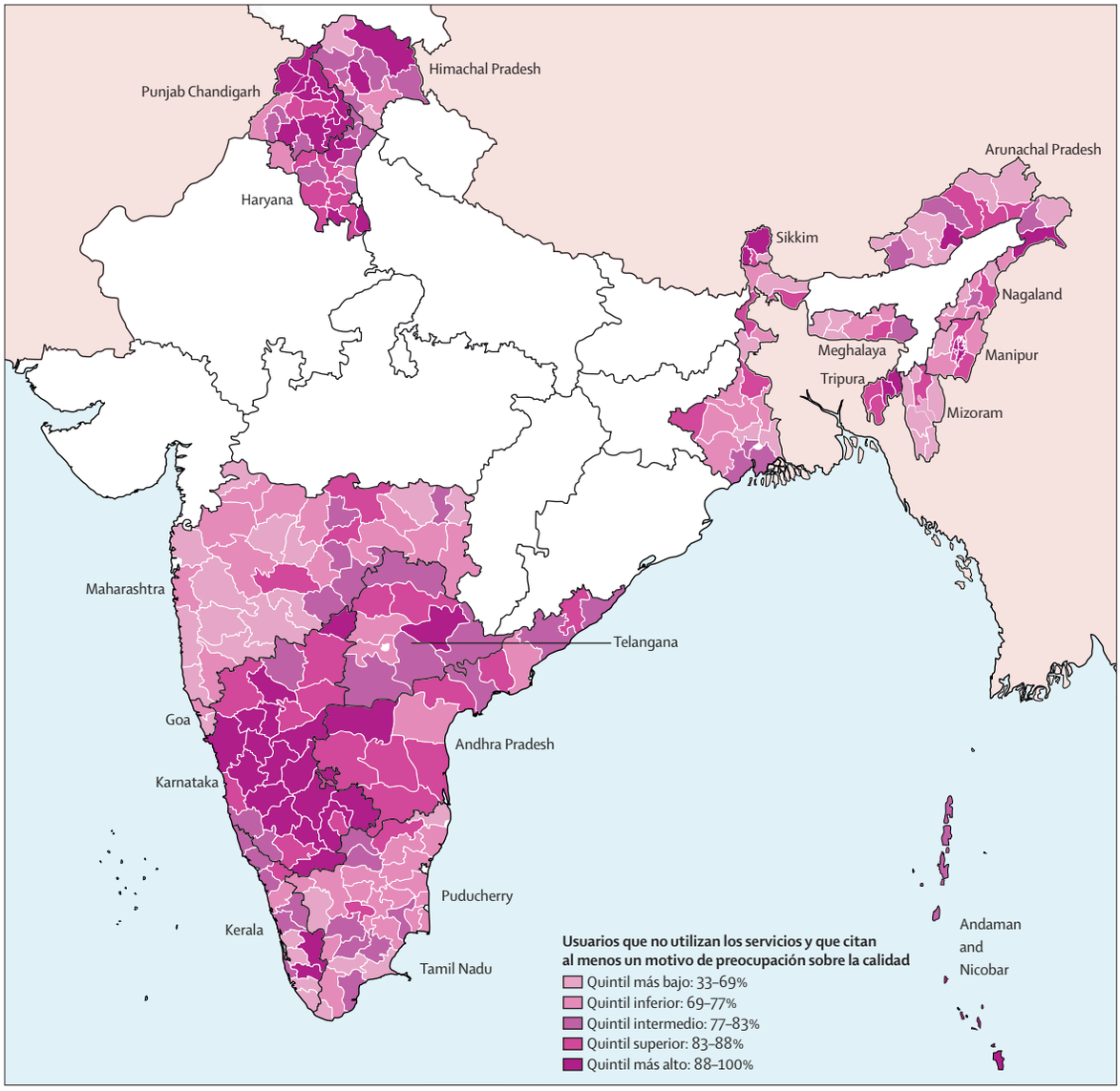

Figura 8: **Proporción de hogares que reportó no haber recurrido a establecimientos públicos de los distritos de India por tener al menos un motivo de preocupación sobre la calidad de los servicios**

Los datos provienen del cuarto ciclo de la encuesta District Level Household and Facility Survey administrada por el Instituto Internacional de Ciencias de la Población desde 2012 a 2014 en 21 estados de India. Se consideraron motivos de preocupación sobre la calidad cualquiera de las siguientes razones que los encuestados mencionaron para no utilizar establecimientos públicos: infraestructura inadecuada, baja disponibilidad de médicos, trabajadores de la salud ausentes, baja calidad, baja disponibilidad de medicamentos, horarios inconvenientes, tiempos de espera prolongados o desconfianza. Los distritos de colores más intensos representan una mayor proporción de hogares que refirieron preocupaciones sobre la calidad.

Para obtener más información sobre la **encuesta Level Household and Facility Survey**, véase http://rchiips.org

Un análisis[95] llevado a cabo en 2018 estimó el efecto macroeconómico de la mortalidad que podría prevenirse brindando acceso a una atención de alta calidad en los PBMI. Este análisis se realizó implementando dos enfoques diferentes a fin de cuantificar las pérdidas económicas por mortalidad evitable. El primer enfoque predijo las pérdidas en el producto interno bruto (PIB) en un lapso de quince años como consecuencia de las tasas de mortalidad en la fuerza laboral y la acumulación de capital físico. En 91 PBMI, las muertes evitables por falta de atención de buena calidad provocarían una pérdida acumulada prevista de US$11·2 billones (intervalo de incertidumbre de 8·6 a 15·2 billones) entre 2015 y 2030. De estas pérdidas en la producción económica, el mayor porcentaje tuvo lugar en países de ingresos bajos, donde representó el 2·6% de su PIB, en comparación con el 0·9% de los países de ingresos medios-altos.[95] El segundo enfoque calculó el valor actual de las pérdidas totales en el bienestar económico a partir del concepto de vida estadística, a fin de registrar el valor

asignado al buen estado de salud y el valor que este posee en sí mismo. Solo en 2015, el escaso acceso a una atención de calidad provocó una pérdida estimada de $6·0 billones en 130 PBMI.[95] Los valores de pérdidas más bajos se registraron en las regiones de ingresos medios-altos, mientras que las pérdidas en África subsahariana representaron más del 15% del PIB. Este análisis demuestra que la mala calidad asistencial puede generar una carga macroeconómica que se distribuye de manera inequitativa entre los países.

Además de las pérdidas económicas por mortalidad prematura, la mala calidad de la atención también puede conducir a una atención deficiente y gastos innecesarios considerables. El gasto innecesario en atención de salud se ha definido como todo "gasto relacionado con la atención médica que puede eliminarse sin reducir la calidad asistencial".[123] Entre estos gastos se incluyen el uso excesivo de atención innecesaria o de enfoques inefectivos, los errores médicos, la atención insegura, falta de coordinación en la atención, los usos incorrectos (incluidos los ingresos hospitalarios inapropiados y la elusión de hospitales), los fraudes y los abusos. Se han realizado pocas mediciones de gastos innecesarios en atención de salud que puedan atribuirse a una atención de mala calidad en PBMI. Sin embargo, la evidencia de entornos de ingresos altos sugiere que evitar estos costos podría contribuir a un mejor uso de los recursos escasos en los PBMI. Por ejemplo, los costos anuales de hospitalizaciones adicionales y reingresos para el tratamiento de infecciones del sitio quirúrgico oscilan entre $3·5 millones y $10 millones en los EE.UU. y entre €1·47 millones y €19·1 millones en Europa.[73] De manera similar, los efectos económicos mundiales de la resistencia a los antimicrobianos aún son, en gran medida, desconocidos; pero, solo en los EE.UU., se estima que, para el sistema de salud, este factor representa un costo anual que oscila entre $21 millones y $34 millones.[124] Por último, se estima que el costo mundial de las cesáreas innecesarias realizadas anualmente es de $2·32 millones, lo que supera ampliamente el costo de las cesáreas necesarias.[125] Dado que la atención hospitalaria implica un mayor riesgo de sufrir complicaciones y es más costosa, los ingresos inapropiados a hospitales representan una carga considerable para el sistema de salud. La atención primaria de alta calidad puede evitar la necesidad de realizar ingresos hospitalarios por muchas enfermedades conocidas como sensibles a los cuidados de atención primaria.[11] En los EE.UU., cada año se gastan $31 millones en ingresos hospitalarios por estas enfermedades.[123] Una mejor percepción de la calidad y una mayor confianza en los sistemas de salud también pueden mejorar los patrones de demanda de atención y reducir la elusión de centros de atención primaria en busca de hospitales que generalmente se encuentran sobrepoblados en los PBMI.

Por último, las personas que viven en países con sistemas de salud deficientes, sin mecanismos de financiación y seguro médico apropiados, corren el riesgo de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores al buscar atención médica. El porcentaje de los pagos de bolsillo (es decir, los gastos de salud de los mismos pacientes en el centro de atención) como parte del consumo del hogar es cada vez más elevado en todo el mundo.[126] En 2010, 808 millones de personas (el 11·7% de la población mundial) incurrió en gastos sanitarios catastróficos—es decir, gastos que superan el consumo del hogar en un 10%.[17] Desde el 2000, el gasto catastrófico aumentó un 2%, lo cual se atribuyó al crecimiento económico y el gasto sanitario per cápita. Cada año, cerca de 100 millones de personas se ven arrastradas a la pobreza extrema debido a los gastos de bolsillo.[17] En los hogares más pobres, en muchas ocasiones estos gastos implican elegir entre la salud u otras necesidades, tales como la comida o la renta, lo que socava la capacidad de supervivencia en el día a día y afecta el bienestar físico, social y económico de los ciudadanos.[127] Los sistemas de salud de buena calidad con mecanismos de financiación apropiados permiten que los centros y proveedores de salud puedan brindar atención asequible para la población. Para ayudar a reducir los gastos empobrecedores y catastróficos, los gastos en medicina prepaga deberían reemplazar los gastos de bolsillo. Un estudio[128] publicado en 2018 halló que la proporción de la población que poseía cobertura por medio de planes de seguro médico o de servicios sanitarios nacionales o subnacionales no contaba con protección financiera. Contrariamente, se observó que una mayor cuota de pagos por adelantado en el gasto sanitario total, efectuados por lo general mediante impuestos y contribuciones obligatorias, cumplía un papel importante en la protección de las personas contra los gastos catastróficos.[128]

Las consecuencias económicas que hemos descrito podrían atenuarse o evitarse con sistemas de salud de alta calidad. Sin embargo, en muchos países, el mejoramiento de la calidad de los sistemas de salud requerirá inversiones adicionales. Algunos análisis sugieren que estas serán cuantiosas pero asequibles en la mayoría de los casos, salvo en los países más pobres. En 2017, la OMS publicó[129] una estimación del costo de las intervenciones y estrategias de fortalecimiento orientadas a mejorar los sistemas de salud, necesarias para alcanzar la totalidad de los ODS relacionados con la salud en 67 PBMI. La OMS estimó costos anuales adicionales de $263 millones, que salvarían 97 millones de vidas desde 2016 hasta 2030. El costo total estimado por persona oscila entre $112 en países de ingresos bajos y $536 en países de ingresos medios-altos. El proyecto Prioridades para el Control de Enfermedades (Disease Control Priorities Project)[14,130] estimó los costos necesarios para lograr el 80% de cobertura efectiva en 218 intervenciones, a fin de alcanzar los objetivos de la CSU en 83 PBMI. A partir de este análisis se halló que serán necesarios $260 millones adicionales por año. Esto equivale a $76 por persona en países de ingresos bajos y a $110 en países de

ingresos medios-bajos. Esta inversión permitirá prevenir 6·2 millones de muertes antes de 2030. Es necesario realizar más investigaciones para medir el costo de estrategias de mejoramiento de la calidad específicas, incluidas aquellas presentadas por esta Comisión.

También es necesario contar con un panorama general de los sistemas de salud para comprender la calidad. En esta sección, se analiza la atención médica brindada en distintos niveles del sistema de salud, entre los que se incluyen el alcance comunitario, la atención primaria, la atención hospitalaria y la coordinación entre estos servicios—sistemas de derivaciones y servicios médicos de emergencia. La Figura 9 proporciona una síntesis de la información relacionada con la calidad asistencial en estas plataformas fundamentales del sistema de salud.

Equidad en la atención de salud de alta calidad

Hasta aquí, hemos analizado la evidencia disponible sobre la calidad asistencial a nivel nacional y multinacional. Sin embargo, estas estimaciones ignoran la presencia de importantes variaciones entre los países. Una distribución equitativa en la atención de alta calidad es esencial para lograr los avances en salud propuestos por los ODS y, por último, contribuir a la realización del derecho a la salud. Ahora analizaremos por qué algunos grupos son más susceptibles que otros de recibir atención de baja calidad y qué grupos reciben los peores cuidados.

Definir la equidad en la calidad asistencial

Braveman y Gruskin[131] definieron la equidad sanitaria como "la ausencia de disparidades sistemáticas en la salud (o en los principales determinantes sociales de la

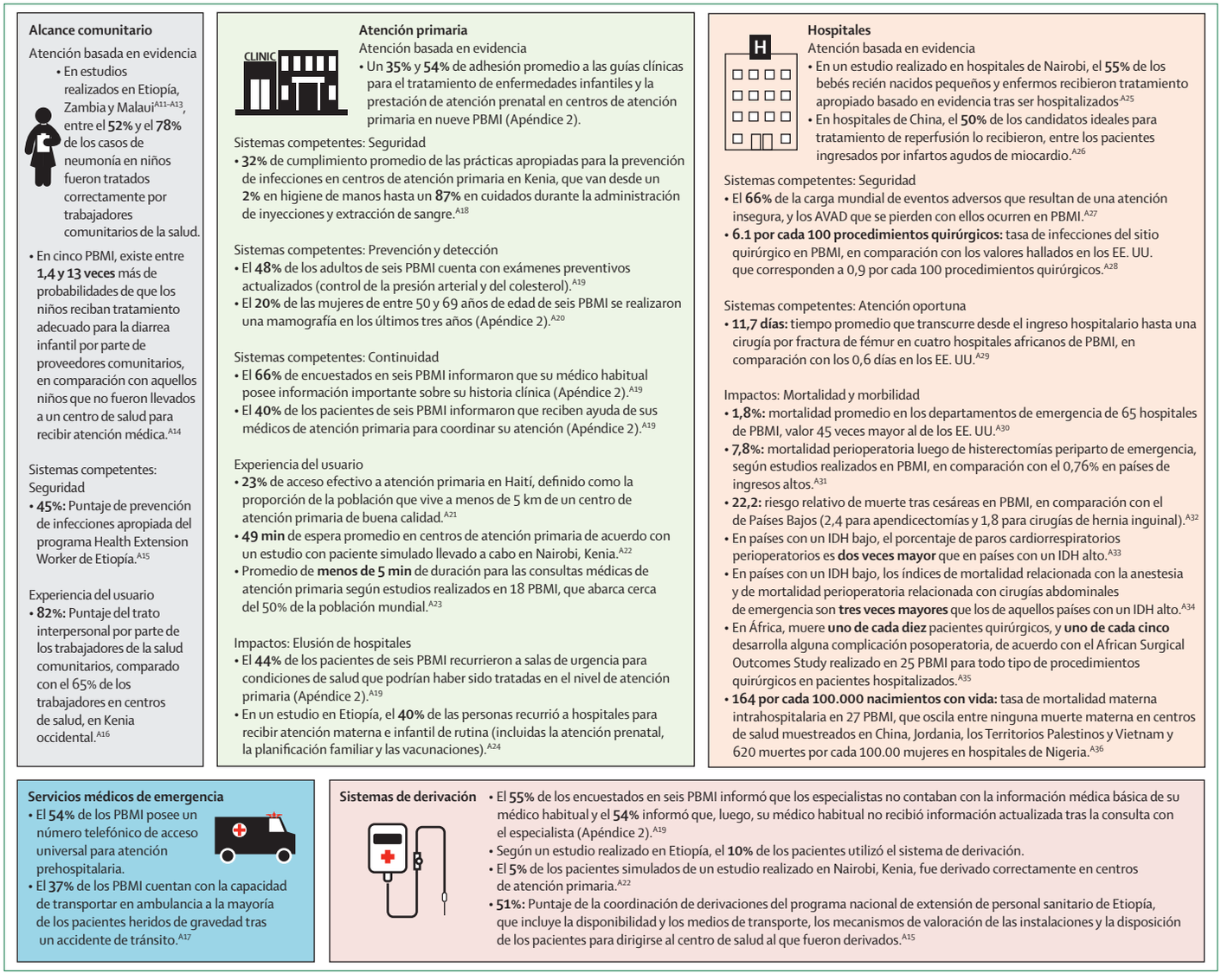

Figura 9: **Calidad asistencial en plataformas de sistemas de salud de países de bajos y medianos ingresos (PBMI)**
AVAD: años de vida ajustados por discapacidad. IDH: índice de desarrollo humano. Las referencias se encuentran en el Apéndice 1.

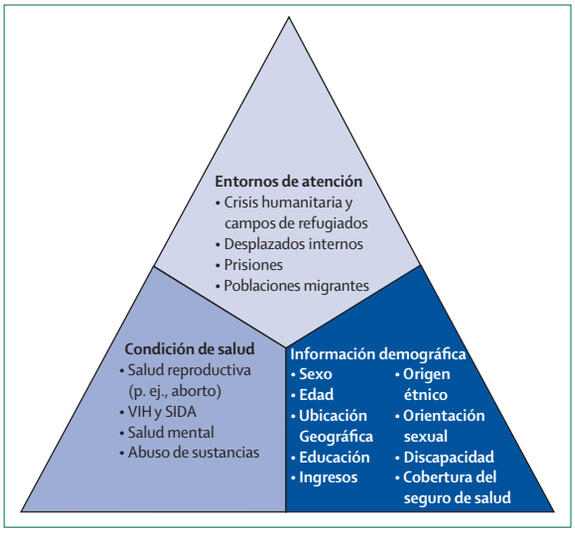

Figura 10: **Dimensiones de vulnerabilidad a una atención de baja calidad**

salud) entre grupos con distintos niveles de ventajas o desventajas sociales subyacentes, es decir, con distintos niveles de riqueza, poder o prestigio". Esta definición hace hincapié en los resultados de salud equitativos. El sistema de atención sanitaria es uno de los principales determinantes de la salud y, por lo tanto, el acceso equitativo a este es fundamental. Sin embargo, un acceso equitativo no dará lugar a resultados de salud más equitativos, a menos que todos los ciudadanos—no solo los privilegiados—puedan acceder a servicios de alta calidad. La equidad en la calidad asistencial puede definirse como la ausencia de disparidades en la calidad de los servicios de salud entre individuos y grupos con distintos niveles de desventaja social subyacente.

Grupos susceptibles de recibir atención de mala calidad

En 1971, Julian Tudor Hart[132] declaró que "el acceso a una buena atención médica tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad que se tenga de ella en la población asistida". Existe evidencia de esta norma de cuidados inversos en muchos sistemas de salud, tanto en PBMI como en países de ingresos altos. Por ejemplo, la tuberculosis presenta un claro gradiente socioeconómico entre países y dentro de un mismo país y comunidad.[133] La resistencia a la droga se manifiesta en áreas con programas de control de tuberculosis precarios y en subpoblaciones en las que las personas tienen varias dificultades para acceder a una atención de calidad. De manera similar, una revisión sistemática[134] centrada en la diabetes demostró que un bajo nivel socioeconómico individual y la privación de servicios en el área residencial están asociados a los indicadores más bajos de procesos y a resultados intermedios. Esto conduce a la presencia de mayores riesgos de sufrir complicaciones microvasculares y macrovasculares.

La agenda 2030 para el desarrollo sostenible se construye sobre principios de universalidad y tiene como objetivo garantizar que nadie sea excluido de forma sistemática.[135,136] Este compromiso está presente en la resolución número 69·11,[137] de la Asamblea Mundial de la Salud, que exige "un fortalecimiento de los sistemas sanitarios para la CSU, poniendo especial énfasis en los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población". En este sentido, una implementación efectiva requiere definir cuáles son los grupos más vulnerables y enfocar la atención en ellos.[136] La definición de vulnerabilidad de la OMS comprende los efectos de "la marginación, la exclusión y la discriminación que contribuyen a resultados de salud deficientes".[138] La vulnerabilidad puede variar considerablemente, cambiar con el tiempo y ser multidimensional.[139] Ciertos factores, tales como el sexo, el origen étnico, el desplazamiento, la discapacidad y la condición de salud pueden incrementar el grado de vulnerabilidad tanto de los individuos como de las comunidades. Estos factores suelen ser fluidos y tener puntos de intersección, por lo que representan grandes obstáculos para acceder a servicios de atención de salud de alta calidad.[139] Sin embargo, muchos países no reconocen la existencia ni el impacto de la discriminación interseccional. Como consecuencia, las experiencias y las necesidades de estas poblaciones no están integradas en las estrategias sanitarias nacionales, lo que contribuye a prolongar la discriminación y las desventajas a las que estas poblaciones están expuestas.

En esta Comisión, describimos tres factores que podrían provocar que las personas sean particularmente susceptibles de recibir atención de baja calidad: entornos de atención, condiciones de salud y características demográficas (Figura 10). Dentro de los entornos de atención, la vulnerabilidad es mayor para aquellas personas que se encuentran al margen de los principales servicios de salud o quienes han sido desplazadas de sus hogares, como por ejemplo aquellas que atraviesan crisis humanitarias, se encuentran en campos de refugiados o viven en asentamientos informales y los prisioneros o poblaciones migrantes. Asimismo, las personas con enfermedades estigmatizadas pueden recibir un tratamiento de menor calidad que el de otras personas dentro del mismo sistema de salud. Estas condiciones pueden incluir el VIH y el SIDA, los trastornos mentales y de abuso de sustancias y algunos servicios de salud reproductiva, como el aborto. Por último, los factores sociales y demográficos mencionados anteriormente que señalan la presencia de inequidades en el poder, tales como el sexo, la edad, la orientación sexual, el origen étnico, la discapacidad y la cobertura del seguro de salud, pueden contribuir a que las personas reciban atención sanitaria de baja calidad.

Algunas de las razones que propician una baja calidad asistencial en estas tres dimensiones son el colapso de los servicios sanitarios, la escasez de recursos financieros y humanos, la falta de empoderamiento del paciente, las

dificultades para la continuidad de la atención, los controles legislativos insuficientes y la pérdida de confianza del paciente en el sistema. Estas dimensiones de vulnerabilidad, junto con el entendimiento de por qué estos grupos podrían recibir atención de mala calidad y sufrir resultados de salud más bajos, pueden informar políticas y programas destinados a abordar factores de vulnerabilidad específicos.

El Recuadro 4 y el Recuadro 5 ilustran cómo ciertas condiciones de salud (p. ej., la salud mental) y entornos de atención (p. ej., las crisis humanitarias y los campos de refugiados) pueden agravar la atención de baja calidad y cómo se podrían solventar estas desigualdades.

¿Quién recibe atención de peor calidad?

El monitoreo y seguimiento de la equidad en la cobertura de las intervenciones de salud ha sido el centro de atención de grandes esfuerzos internacionales.[140] Muchos estudios[61,140,141] han demostrado que ciertos grupos poblacionales presentan menos probabilidades de acceder a servicios sanitarios o de utilizarlos para tratar varias condiciones de salud. Sin embargo, un menor número de estudios se han llevado a cabo para evaluar la equidad en la calidad asistencial. Tal como se describió anteriormente en esta sección, la calidad asistencial varía de un país a otro y dentro de un mismo país. Asimismo, puede variar entre ciertos grupos poblacionales y en función de las condiciones de salud en una misma área. Por ejemplo, un estudio[142] en Kenia demostró que, en general, la calidad asistencial durante el trabajo de parto y el parto era baja, pero la atención brindada a los pobres era considerablemente más baja que aquella brindada a personas más ricas. Del mismo modo, se halló que en Madhya Pradesh, India, las personas pobres que viven en comunidades pobres reciben atención de muy baja calidad.[143] Además, las personas pobres en todo el mundo viven y mueren habiendo recibido pocos o nulos cuidados paliativos o atención para el alivio del dolor.[36]

Tomamos varios indicadores de calidad de salud maternoinfantil presentados anteriormente en esta sección y los desagregamos por riqueza, residencia urbana y rural, edad materna, sexo y educación (Apéndice 1). También evaluamos las diferencias en la calidad entre los sectores público y privado. Hallamos evidencia de que la atención de calidad se distribuye de manera desigual entre estos estratificadores.

Con respecto a la atención basada en evidencia, la Figura 11A muestra la proporción de mujeres y cuidadores que informaron sobre diversos aspectos de la atención de salud prenatal e infantil por quintiles de riqueza. Hallamos

Recuadro 4: Por qué la calidad de los servicios de salud mental materna puede verse afectada en los grupos vulnerables: Atención de la depresión perinatal en centros de atención primaria en Nigeria*

En algunos países de bajos y medianos ingresos, las mujeres con depresión perinatal pueden ser estigmatizadas por padecer enfermedades mentales. Las personas que sufren este tipo de trastornos suelen ser víctimas de discriminación y privación de derechos básicos.A37 Además, pueden experimentar vergüenza, rechazo, discriminación y bajas expectativas por parte de los demás en su vida diaria. Estas dos formas de estigma exponen a las personas con trastornos mentales a una calidad asistencial baja y poco equitativa. Por lo tanto, en los casos de depresión perinatal, estos estigmas podrían incrementar las probabilidades de que se les niegue el acceso a servicios básicos y, a menudo, rudimentarios a quienes la padecen.

En un estudio formativo realizado como parte del proyecto Scaling up Care for Perinatal Depression for Improving Maternal and Infant Health en Nigeria, se evaluaron los factores que podrían promover o dificultar la prestación de servicios de calidad para mujeres con depresión perinatal (Apéndice 1). La totalidad de los 23 establecimientos de salud que formaron parte de la muestra presentaron los niveles más bajos de apoyo institucional en materia de atención continua para la depresión. De las 218 pacientes a quienes se les diagnosticó depresión perinatal mediante un instrumento validado, solo tres casos fueron detectados por profesionales de la salud de la atención primaria. El tratamiento ofrecido a estas tres pacientes fue nulo o sumamente inadecuado. A ninguna de ellas se les realizaron intervenciones psicosociales estructuradas ni tampoco se les ofrecieron consultas de seguimiento para tratar su depresión. Sin embargo, el 96% de las mujeres de todos los establecimientos de salud de la muestra informó que la calidad de la atención brindada en las clínicas era buena y adecuada, y el 98% expresó que estaban satisfechas con la atención que habían recibido.

La escasa capacidad de los establecimientos de salud para brindar atención de calidad en casos de depresión y los índices de detección extremadamente bajos que presentaron los profesionales de la salud de la atención primaria en este estudio demuestran que existen grandes brechas tanto en las estructuras organizacionales como en la capacidad de los trabajadores de la salud de primera línea para responder ante problemas de salud mental perinatal comunes en un modelo de atención crónica integrado y completamente funcional. A pesar de que la calidad del servicio brindado se haya clasificado objetivamente como baja, las mujeres que utilizaron estas instalaciones otorgaron una calificación alta a la calidad asistencial y a la satisfacción personal respecto del servicio brindado. Esta paradoja es un importante indicador de la inequidad existente en el sistema: las personas que nunca han experimentado servicios de alta calidad poseen bajas expectativas y no saben cómo exigir atención sanitaria de mejor calidad.

Fuente: Olatunde Ayinde y Oye Gureje. *Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

Recuadro 5: Calidad de servicios de salud humanitarios para poblaciones afectadas por conflictos armados y desastres naturales*

Durante 2016, hubo 49 conflictos armados activos con cerca de 170 millones de personas afectadas, incluidos 60 millones de refugiados y desplazados internos en todo el mundo.[A38–A40] Además, se estima que cada año 200 millones de personas se ven afectadas por desastres naturales.[A41] Estas crisis provocan morbilidad y mortalidad excesivas por múltiples vías.[A42] Una de ellas es la interrupción y desmedro de los sistemas de salud pública que por lo general ya se encuentran en una situación precaria. En la mayoría de las crisis, el sistema de salud sufre una degradación y fragmentación considerable, y el vacío que deja la reducción de actividades gubernamentales suele llenarse con proveedores de salud religiosos, privados e informales.[A43]

Durante las épocas de conflicto, a la hora de realizar una investigación se presentan dificultades de logística, seguridad y práctica que han llevado a la recolección insuficiente de información sobre la calidad de los servicios sanitarios brindados en estas situaciones.[A44] Sin embargo, algunos métodos que se han utilizado para evaluar la calidad asistencial mostraron niveles bajos de atención competente y experiencia del usuario, problemas relacionados con la motivación del personal y pacientes con condiciones de salud más simples que recibían atención de mejor calidad que aquellos pacientes con condiciones más graves.[A45] Durante las últimas dos décadas, distintos actores humanitarios han emprendido varias iniciativas—en su mayoría, normativas—para promover la atención de salud de calidad. Sin embargo, los niveles de rendición de cuentas y regulación siguen siendo bajos, y pocos organismos humanitarios han implementado sistemas de gobernanza sanitaria. En este informe se analizan varios desafíos que es necesario afrontar para promover la agenda de calidad del sector de salud humanitario.

En primer lugar, la búsqueda de calidad es escasa y, por lo tanto, debe fomentarse. Por ejemplo, quienes realizan donaciones para acciones humanitarias deberían hacer mayor hincapié en fomentar el uso y la elaboración de estándares de calidad y de parámetros de desempeño. El no recolectar ni reportar estos datos debería tener consecuencias para los organismos, tales como el cese de su permiso para operar y la pérdida de financiamiento. En segundo lugar, la formación y capacitación insuficiente de los trabajadores humanitarios puede obstaculizar la prestación de una atención de calidad. Es necesario aumentar los esfuerzos para profesionalizar el personal de salud humanitario a través de capacitaciones, estándares técnicos actualizados y marcos de competencias. En tercer lugar, los mecanismos de coordinación existentes deben convertirse en acuerdos de liderazgo técnico, por medio de los cuales, a cambio del beneficio de participar en la coordinación (p. ej., acceder a fondos de financiamiento específicos), los participantes aceptan operar de acuerdo con un paquete estándar de atención y normas de calidad asistencial específicas. En cuarto lugar, los gobiernos deben tener en especial consideración las áreas en crisis al implementar encuestas sanitarias y poblacionales. Los actores en estas áreas deberán recopilar datos que concuerden con los indicadores de calidad definidos por los sistemas de información de salud pública, incluida la evaluación de la confianza de los ciudadanos en el sistema.

Por último, cabe mencionar que la gobernanza sanitaria en los sistemas humanitarios sigue siendo débil. Es necesario establecer acuerdos de gobernanza sólidos, preferentemente entre agencias, para fomentar la rendición de cuentas y transparencia en el sector de salud humanitario.

Fuente: Bayard Roberts y Francesco Checchi. *Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

evidencia de que existe un gradiente de riqueza en la mayoría de estos indicadores. Entre las mujeres que recibieron atención prenatal de un profesional capacitado, existía una mayor probabilidad de que las mujeres más ricas informaran que habían sido examinadas, habían recibido tratamientos preventivos apropiados y habían permanecido en control activo hasta la cuarta consulta de atención prenatal. Por ejemplo, entre las mujeres que recibieron atención prenatal, hallamos que las probabilidades de que aquellas mujeres con un mayor poder adquisitivo informaran haberse realizado mediciones de presión arterial y análisis de orina y de sangre eran cuatro veces superiores a las de las mujeres más pobres dentro de un mismo país (índice relativo de desigualdad de 4·0, 95%, intervalo de confianza de 3·9 a 4·1).[45] Al recurrir a centros de salud en caso de neumonía, los niños de los quintiles más ricos de países de ingresos bajos presentaban más probabilidades de recibir antibióticos que aquellos de los quintiles más bajos. De todos los niños que recibieron la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, aquellos que pertenecían a familias más ricas presentaban una mayor probabilidad de completar la serie de vacunas (recibir la tercera dosis antes de cumplir un año de edad) que los niños de familias más pobres. Estas desigualdades tienden a ser más notorias en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos medios-bajos y medios-altos.

También hallamos importantes diferencias entre las áreas urbanas y rurales en varios de estos indicadores de calidad; las mujeres y los cuidadores principales que habitaban en zonas urbanas solían informar que habían recibido una buena atención de salud maternoinfantil con mayor frecuencia que aquellos que vivían en zonas rurales (Figura 11B). Estas diferencias entre las zonas urbanas y rurales también se observaron en gran medida en países de ingresos bajos.

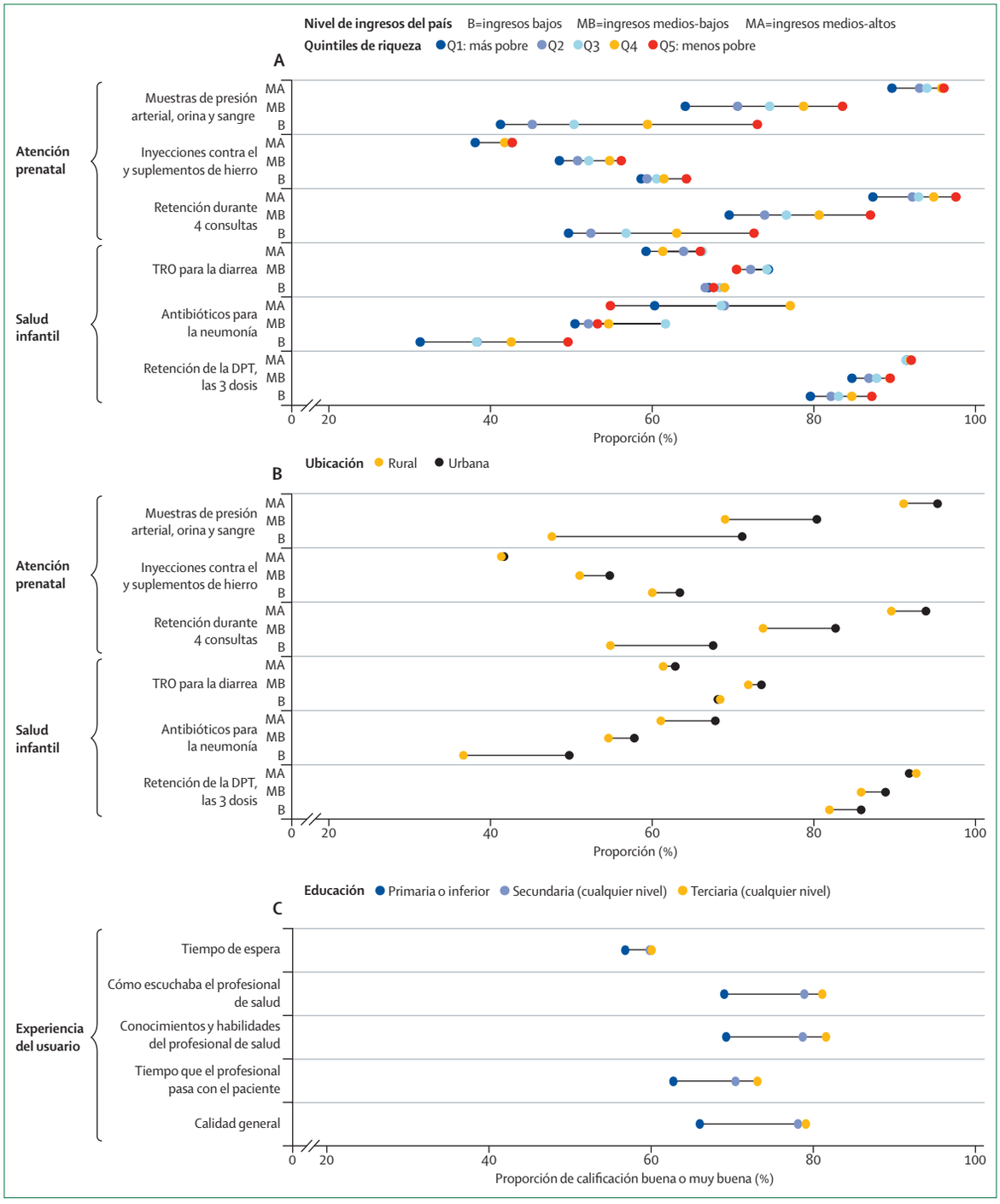

Figura 11: **La equidad en la calidad de atención de salud maternoinfantil y la experiencia del usuario en países de bajos y medianos ingresos (PBMI)**
TRO=terapia de rehidratación oral. DPT=vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. (A) Los datos provienen de encuestas demográficas y de salud y de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados realizadas en 90 PBMI (2007–16). Se agruparon los quintiles de riqueza de distintos países y se ajustaron las ponderaciones muestrales para ponderar los países equitativamente. (B) Los datos provienen de encuestas demográficas y de salud y de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados realizadas en 91 PBMI (2007–16) y se han ponderado utilizando ponderaciones de encuestas a nivel individual. (C) Datos de la encuesta en línea realizada por la Comisión en doce PBMI (2017); proporción de encuestados que clasificaron su experiencia para cada indicador como "buena", "muy buena" o "excelente" (frente a "justa" o "mala") con respecto a su última consulta ambulatoria dentro de los últimos doce meses; se agruparon los niveles educativos de distintos países. Los indicadores se definen en el Apéndice 1.

En lo que respecta a la experiencia del usuario, la encuesta en línea llevada a cabo por esta Comisión en doce países también mostró que las personas con cierto grado de educación primaria calificaron la experiencia del usuario como mala de forma sistemática, a diferencia de aquellos con educación secundaria o superior (Figura 11C). La brecha más grande se observó en la calificación de la calidad general de la última consulta del paciente ambulatorio. En este caso, las personas con educación primaria o inferior informaron haber recibido una atención de salud de una calidad considerablemente menor que la reportada por aquellos con más educación. El 34% de los encuestados informó que el personal los había tratado mal debido a su identidad y, de todos ellos, el 10% atribuyó este trato a su nivel de pobreza (Apéndice 1). Estas desigualdades podrían subestimarse, puesto que algunos estudios revelaron que las personas con menor educación tienden a ser más tolerantes con la atención que reciben.[144,145]

Además, las madres adolescentes que buscan atención médica para ellas o sus hijos también pueden ser estigmatizadas y recibir atención de baja calidad (Apéndice 2). Entre las mujeres que recibieron atención prenatal y dieron a luz en establecimientos de salud, las adolescentes jóvenes presentaron un menor probabilidad de informar que habían recibido una atención diferente de aquella recibida por las mujeres de entre 20 y 35 años. Asimismo, las probabilidades de que las madres más jóvenes recibieran controles posparto antes de ser dadas de alta, luego de dar a luz en un centro de salud, eran menores que las de otras mujeres. Las adolescentes más jóvenes (15 años) parecían ser considerablemente menos propensas a recibir las cuatro consultas de atención prenatal recomendadas, y sus hijos eran menos propensos a completar la serie de vacunas contra la difteria, el tétanos y la tos ferina. Un análisis de los datos obtenidos en la encuesta STEPS acerca de las recomendaciones sobre estilo de vida brindadas por los profesionales de la salud a los adultos con diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia halló que las mujeres mostraban una mayor predisposición a recibir consejos sobre consumo de tabaco y actividad física que los hombres y, en general, aquellas personas sin educación formal recibieron un mayor número de recomendaciones sobre consumo de tabaco y cambios dietarios que aquellos con educación primaria y secundaria. Las personas con educación secundaria, por el contrario, recibían mayores recomendaciones sobre la importancia de realizar actividad física, mantener un peso corporal saludable o perder peso que aquellos con educación primaria o sin educación. Por otra parte, el estudio Prospectivo de Epidemiología Urbana y Rural (PURE, por sus siglas en inglés)[146] demostró que el consumo de medicamentos para la prevención secundaria de cardiopatías coronarias era extremadamente bajo, y las personas de los países más pobres exhibieron la tasa de consumo más baja. Dentro de cada país, las mujeres y residentes de zonas rurales presentaron niveles de consumo más bajos que los hombres y residentes de zonas urbanas. Los pacientes con un menor nivel de educación eran menos propensos a consumir fármacos antiplaquetarios y estatinas que los pacientes con una educación superior.

La calidad también puede variar entre los distintos establecimientos de salud públicos y privados, pero estas diferencias varían en función del entorno. Tales diferencias también dependen de los tipos de proveedores de salud incluidos en la definición de sector privado. En relación con la atención basada en evidencia y los sistemas competentes en la República Democrática del Congo, Kenia, Ruanda y Uganda, la adhesión a los lineamientos de la OMS para la atención de niños enfermos fue mayor en los establecimientos privados que en los públicos. Además, en un estudio con pacientes estandarizados 52 que se realizó en India, la adhesión a las listas de verificación fue superior entre los proveedores privados que entre los públicos. Sin embargo, un análisis[147] de encuestas de hogares llevado a cabo en 46 países reveló que los sectores privado y público obtuvieron resultados similares en términos de calidad de atención prenatal. Por el contrario, una revisión sistemática[148] en PBMI demostró que los proveedores del sector privado (incluidos los proveedores sin licencia y sin certificación) se mostraban menos dispuestos a seguir los estándares de práctica médica, obtenían resultados más bajos entre los pacientes y presentaban una menor eficiencia que los proveedores del sector público, lo que se debía, en parte, a incentivos perversos para que se realicen pruebas y tratamientos innecesarios. En cuanto a la experiencia del usuario, los proveedores públicos obtuvieron resultados más bajos que los proveedores privados con respecto a la puntualidad y la hospitalidad para con los pacientes.[148] No obstante, la calidad puede variar considerablemente dentro del mismo sector de un país. Además, se halló que las diferencias entre los países es más influyente que el resto de los factores subnacionales en su conjunto a la hora de explicar las diferencias en la calidad de los servicios de atención primaria y de la atención durante el trabajo de parto y el parto.[38] Este hallazgo podría destacar la importancia de los factores estructurales para fomentar de calidad.

Sección 2: Conclusión

La epidemia de la atención de baja calidad descrita en esta sección pone en duda la capacidad de los sistemas de salud heredados de alcanzar las metas de salud establecidas en los ODS. La baja calidad asistencial en los PBMI se ve reflejada en la adhesión inadecuada a la atención basada en evidencia, las experiencias negativas de los pacientes, la falta de equidad en el tratamiento y acceso a los servicios de salud y las deficiencias en seguridad, prevención, continuidad y pertinencia. Todo esto conduce a una mala salud, resultados económicos

adversos y pérdida de confianza en los sistemas sanitarios. Además, los grupos pobres y vulnerables parecen experimentar la peor calidad de atención. A pesar de la vasta evidencia presentada en esta sección, aún existen muchas lagunas en la disponibilidad de datos sobre calidad asistencial (Apéndice 2).

La baja calidad asistencial se ha atribuido a la falta de conocimientos y competencias de los proveedores y a la fatiga y desmotivación de los trabajadores de la salud. Sin embargo, la escala y el alcance de la situación de la calidad en todos los países y entornos y para todas las condiciones de salud sugiere que se trata de una falla en el sistema que va más allá de estos factores. Los establecimientos de salud en los PMBI no cuentan con los recursos suficientes, están sobrepobladas y, con frecuencia, tienen escasez de personal. La formación previa al servicio y la capacitación para la especialización son deficientes. Los procedimientos son ineficientes o inexistentes, incluidos los incentivos financieros y la remuneración de los proveedores, las redes de derivación y los protocolos de intervención en los departamentos de emergencias. Estos sistemas de atención de salud fragmentados son incapaces de brindar el apoyo necesario para que los trabajadores de la salud puedan prestar atención de alta calidad.

Sección 3: Los principios éticos de los sistemas de salud de alta calidad

El principio fundamental de esta Comisión es que los sistemas de salud deben estar al servicio de las personas. En esta sección, se formula la siguiente pregunta: "¿Están al servicio de todas las personas?". Analizamos el derecho a la atención de salud de alta calidad y ofrecemos observaciones sobre las medidas que los gobiernos nacionales y las comunidades pueden tomar para abordar el problema de inequidad en la prestación de servicios y para construir un sistema de salud sólido y de alta calidad que se centre en las necesidades de los grupos pobres y vulnerables. En el Recuadro 6, se presentan los principales hallazgos de esta sección.

Ejercer el derecho a recibir atención de salud de alta calidad mediante una garantía de calidad nacional

¿Qué significa el derecho a una atención de calidad en los entornos con escasos recursos?

La agenda de salud y derechos humanos ha sido fundamental para promover inversiones y acciones destinadas a mejorar la salud en los PBMI, al igual que a nivel mundial. Desde un principio, esta agenda ha hecho hincapié en los recursos y el acceso a la atención, pero no se han realizado especificaciones con respecto a la calidad de los servicios prestados. En el 2000,[13] el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó la observación general no.14, en la que se declara que el derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible incluye la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. En un revisión para esta Comisión[149] sobre los hitos mundiales en políticas de salud desde el 2000, se halló que el discurso internacional se enfoca en el acceso a la atención y en los fundamentos de la calidad; no obstante, no existe suficiente información sobre los procesos de atención ni sobre los efectos específicos de la calidad, como la confianza o la satisfacción. Sin embargo, con la implementación del marco de la OMS de 2007 para fortalecer los sistemas sanitarios a fin de mejorar los resultados de salud y el marco de la OMS de 2016 sobre servicios de salud integrados y dirigidos a las personas, la tendencia apunta a la atención centrada en el paciente y a mediciones de calidad enfocadas en los procesos de atención. Los sistemas de salud deben dar a conocer el derecho a la salud a través de un plan de salud nacional, iniciativas para asegurar que los ciudadanos conozcan sus derechos y puedan ejercerlos e información sobre la calidad del sistema sanitario.[30]

Recuadro 6: Sección 3: Principales hallazgos

1. En debates previos sobre derecho a la salud, no se profundizó en la calidad de los servicios de salud prometida a las personas
2. nvertir recursos escasos para ampliar el acceso a servicios sin garantizar su calidad es costoso e ineficiente. Al momento que los países se comprometen con la cobertura de salud universal, los servicios deberían estar acompañados de una garantía de calidad nacional
3. Los esfuerzos para mejorar la calidad deberían comenzar en las áreas que presentan los mayores déficits de calidad, y deberían centrarse en la atención recibida por las poblaciones desfavorecidas
4. Existen mecanismos concretos para mejorar la rendición de cuentas en los sistemas de salud. La base de esto yace en reconocer que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de calidad asistencial posible

¿Se debe decidir entre mejorar la calidad o ampliar la accesibilidad?

Uno de los motivos por los que la calidad ha quedado rezagada ante la accesibilidad en los debates sobre salud global se debe a que se cree que mejorar la calidad implica sacrificar la expansión de la cobertura o viceversa. Una concesión significa llegar a un acuerdo entre dos o más factores deseados que compiten entre sí y, por lo tanto, implica sacrificar los beneficios o derechos que garantiza una dimensión para obtener aquellos que brindan otras dimensiones.[150] Solía existir (y aún existe en muchos países de ingresos bajos) un comprensible sentido de urgencia por ampliar el acceso a servicios esenciales en la población, a cualquier costo —sin que existiera una enfoque explícito en la calidad. Esta conclusión puede interpretarse como el resultado de una serie de concesiones realizadas por los responsables de la toma de decisiones: brindar acceso equitativo para todos,

por ejemplo, es mejor que brindar acceso a servicios de alta calidad para unos pocos.

La calidad es fundamental para la agenda de la equidad. Reconocemos que en relación con los recursos de atención de alta gama, tales como tecnologías y medicamentos costosos y de última generación, la prestación de tratamientos más accesibles y un tanto menos efectivos puede ser una alternativa válida para los entornos de recursos escasos. Un ejemplo de esto es el empleo del método de inspección visual con ácido acético para detectar cáncer cervical, en lugar de utilizar pruebas de Papanicolaou y del virus del papiloma humano, lo cual es más costoso y requiere más tiempo.[151] Aun así, creemos que el interés por la equidad implica brindar acceso a un mínimo nivel de calidad garantizado a todos los ciudadanos por igual. Existen dos razones para esto: obtener resultados de salud de manera ética y utilizar los recursos disponibles de manera eficiente. En primer lugar, una mayor accesibilidad no se traducirá en mejores resultados de salud para las personas desfavorecidas a menos que todas las personas tengan acceso a servicios de alta calidad. En segundo lugar, utilizar los escasos recursos para ampliar la accesibilidad sin garantizar calidad es costoso e ineficiente. Los países pueden realizar avances respecto de los logros obtenidos en la ampliación de la cobertura mejorando la calidad de los servicios ofrecidos a fin de alcanzar el mínimo nivel de calidad. Recién entonces, podrían considerar la expansión de servicios de calidad.

A medida que los países buscan lograr la CSU, estrategias como la universalidad progresiva—la determinación de incluir a personas en situación de pobreza desde el principio— han demostrado ser métodos efectivos para dirigir los esfuerzos a los grupos pobres y vulnerables de la sociedad.[152,153] El Programa de Salud de la Familia de Brasil[154] y la iniciativa del Seguro Popular de México[155] son dos ejemplos de programas diseñados para incrementar la cobertura, primero para los grupos desfavorecidos. Esta Comisión apoya esta estrategia.

Definir una garantía de calidad nacional

Muchos países reconocen la necesidad de rendir cuentas por la atención de salud que se brinda a la población. Una clara manifestación de esto son los estatutos de los derechos del paciente en los que se resumen las estrategias de los países destinadas a abordar la atención de los pacientes y a brindar una base ética para la atención. Si bien estos estatutos contienen muchos principios básicos, tales como las garantías de derechos legales y humanos, varían considerablemente en cuanto a su extensión, alcance y nivel de detalle. Los estatutos de los derechos del paciente son bienintencionados, pero no resultan funcionales. Sudáfrica está intentando que sus promesas sean viables a través de su Política de Seguro Nacional de Salud, la cual respalda el establecimiento de un sistema de salud unificado basado en los principios de solidaridad social, universalidad progresiva, equidad y salud como un bien público y una inversión social (Apéndice 2).

Esta Comisión recomienda que los países establezcan una garantía de calidad a nivel nacional—es decir, una calidad suficiente para producir de manera constante un beneficio de salud. Esto resultaría efectivo y funcional para los servicios cubiertos. ¿Cuáles son los elementos de dicha garantía? En primer lugar, aquellos servicios que presentan una muy baja calidad y que, por lo general, provocan daños y riesgos en lugar de beneficios se encuentran por debajo del umbral de garantía. En segundo lugar, la calidad de los servicios debe ser suficiente para generar beneficios de salud. Por ejemplo, los centros sanitarios rurales deberían especificar el nivel de calidad asistencial que pueden brindar. En tercer lugar, la atención de salud debe brindarse con respeto y estar al servicio de las personas. Un aspecto fundamental de los sistemas de salud centrados en las personas es la relación entre el proveedor y el paciente. Esta relación se establece a partir de normas sociales y pueden verse afectada por desigualdades de poder. La formación previa al servicio y la continua capacitación de los profesionales de la salud enfocadas en la atención respetuosa es una de las formas de mejorar la competencia ética de los proveedores en los entornos de ingresos bajos.[156] Sin embargo, para acabar con el trato incorrecto hacia los pacientes y optimizar en gran medida la atención de salud, se necesita estrategias centradas en las personas y dirigidas a los pacientes que permitan transferir el poder del sistema de atención de salud y de los proveedores hacia los pacientes.[157]

La garantía de calidad debería acompañar todos los esfuerzos que se realicen para expandir la cobertura de servicios. En muchos países, la implementación de la CSU es un excelente punto de partida. Los estándares nacionales para las condiciones de salud cubiertas por un paquete de beneficios de CSU podrían incluir indicaciones sobre cómo implementar evaluaciones y diagnósticos adecuados, tratamientos y cuidados, garantías de atención continua y derivaciones. Esto es una acción correctiva del debate actual sobre CSU, que gira en torno a la acumulación de fondos destinados a ampliar la cobertura y los servicios en las poblaciones y al mismo tiempo reducir los costos. Si no se optimiza la calidad, una mayor cobertura no traerá beneficios sanitarios para las personas. Si bien muchos países pueden llevar a cabo más iniciativas para brindar servicios sanitarios de calidad con los fondos existentes, otros requerirán fondos adicionales. Datos de la OMS4 muestran que los gastos en salud de los gobiernos a nivel mundial, como porcentaje de la totalidad de gastos gubernamentales, aumentaron, en promedio, un 10% entre los años 2000 y 2015; sin embargo, permanecieron invariables en los países de ingresos medios-bajos y disminuyeron considerablemente en países de ingresos bajos —aquellos países que se ven mayormente afectados por la baja calidad de la atención de salud.

Más allá de estas consideraciones generales, los países necesitan fomentar análisis y debates abiertos para definir sus estándares nacionales. Las garantías nacionales deberían considerar, en primer lugar, la realidad de las normas sociales y las funciones del sistema sanitario y los diversos contextos.[158] Estas garantías dependerán del presupuesto, el entorno, el tipo de enfermedad, la intervención y la plataforma para la prestación. Los estándares nacionales actuales suelen definirse e implementarse a través de procedimientos operacionales estándar o guías de prácticas clínicas. Los estándares incluidos en la garantía de calidad nacional deberían ser desarrollados por los hacedores de políticas y los profesionales de la salud en colaboración con los usuarios y los organismos reguladores nacionales para asegurar que la defensa de la garantía no recaiga solo en los proveedores. La garantía no es una medida punitiva en contra de los proveedores individuales. Todos los mecanismos de rectificación deben orientarse hacia los niveles correspondientes del sistema de salud.

Mejorar la rendición de cuentas para optimizar la calidad

Durante las últimas tres décadas, el concepto de rendición de cuentas en la prestación de atención sanitaria ha ganado mayor atención. Sin embargo, la rendición de cuentas respecto de la calidad asistencial ha sido poco estudiada. En este apartado, hacemos referencia a la definición de rendición de cuentas de Brinkerhoff159, la cual abarca tanto la responsabilidad como el cumplimiento. Las tres categorías generales de la rendición de cuentas son las siguientes: financiera, de desempeño y política o democrática. En esta sección, tomamos elementos de la rendición de cuentas financiera y política o democrática para analizar mecanismos legales y sociales. La rendición de cuentas de desempeño se analiza en las secciones posteriores. Para que la rendición de cuentas funcione, se debe contar con actores responsables de las actividades, estándares que definan el papel que deben cumplir estos actores, representantes a quienes les rindan cuentas los actores y herramientas y métodos para llevar esto a cabo.

Una revisión realizada para esta Comisión sobre el ecosistema de la rendición de cuentas y su relación con la prestación de servicios de salud de calidad (los métodos implementados se encuentran en el Apéndice 1) respaldó la noción de que los mecanismos de rendición de cuentas pueden servir como catalizadores para iniciar y mantener las mejoras en la calidad y promover el continuo ejercicio del derecho humano a la salud y a la atención de salud de calidad. Esta revisión demostró que se han empleado, y documentado en la bibliografía evaluada por colegas, una gran cantidad de instrumentos de rendición de cuentas a fin de mejorar el acceso a servicios de salud esenciales y efectivos (Apéndice 1). Uno de los principales hallazgos de esta revisión es que las intervenciones individuales no tienen la capacidad de impulsar cambios a gran escala. Además, es fundamental fortalecer la gobernanza y la coordinación, planificar y presupuestar el uso de recursos e implementar un sistema de monitoreo que ponga a disposición los datos recopilados. Por lo tanto, para optimizar la calidad asistencial, los países deben diseñar estrategias de rendición de cuentas que incluyan elementos de responsabilidad legal y social.

Responsabilidad legal

Los gobiernos nacionales son los principales agentes para la rendición de cuentas. Las convenciones de derechos humanos pueden brindar los fundamentos para una legislación que reconozca el derecho a la salud y a la atención médica, y pueden constituir cimientos mínimos y esenciales para implementar estrategias orientadas a mejorar la accesibilidad y la calidad asistencial. Una legislación significativa no solo debería reconocer el derecho a la salud y a la atención sanitaria, sino que también debería garantizar de manera significativa el derecho a la participación pública, la libertad de asociación y la libertad de información. Aquellos países que ya cuentan con dicha legislación, pueden emplearla para aumentar los esfuerzos. En muchos PBMI, existen mecanismos cuasijudiciales, tales como la defensoría del pueblo en Sudáfrica que aborda las fallas del sistema que ocasionaron la muerte de 94 pacientes psiquiátricos.[160]

En este país, una campaña de acción para el tratamiento del VIH (Treatment Action Campaign) venció al Gobierno en la corte constitucional para que las madres y los bebés recién nacidos tuvieran un mayor acceso al tratamiento del VIH. En Kenia, un tribunal superior concedió a una mujer 2·5 millones de chelines kenianos por haber sufrido maltrato y agresiones durante el parto, situación que se registró en video.[161] Además, en Malaui y en Mozambique, organizaciones de la sociedad civil hicieron uso de los derechos y preocupaciones relacionados con los derechos humanos para expandir la política nacional en materia de salud materna, neonatal e infantil.[162]

Responsabilidad social

La responsabilidad social se refiere a los enfoques que involucran directamente a las comunidades, los ciudadanos y los usuarios de servicios. Estos enfoques incluyen intentos de aumentar el involucramiento, la conciencia y la demanda de una atención de alta calidad por parte de la comunidad.[163] Un Informe sobre Desarrollo Mundial1[64] de 2004 sugirió que los instrumentos de responsabilidad social podrían utilizarse para fomentar una mayor transparencia y rendición de cuentas, y así acortar la gran brecha que existe entre los ciudadanos y los representantes políticos en relación con la rendición de cuentas democrática. Existen numerosos instrumentos para fomentar la responsabilidad social. Entre estos, se incluyen las tarjetas de calificación ciudadana, el monitoreo comunitario, las auditorías

sociales, el presupuesto participativo, las cartas de servicios y los comités de salud. En la actualidad, existen mecanismos para crear e implementar dichos instrumentos en PBMI. Entre las instituciones encargadas de brindar informes sobre indicadores de calidad, se incluyen el Health Data Advisory and Coordinating Committee de Sudáfrica y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de México.[165] Existen actividades de concesión y evaluación de licencias, que elaboran informes internos y ocasionalmente públicos, tales como el programa Ideal Clinic en Sudáfrica, el proyecto Big Results Now en Tanzania y la evaluación Patient Safety Impact Evaluation de Kenia.[166–168] Por último, realizar informes públicos directos sobre progreso local puede ser una medida efectiva, como Imihigo,[169] el informe de progresos televisado sobre las promesas de los dirigentes locales de Ruanda, incluidos los resultados de salud materna. Estos mecanismos de responsabilidad social deberían entenderse como un complemento en lugar de un reemplazo de los enfoques legales analizados anteriormente.

El Recuadro 7 sintetiza los principales hallazgos del análisis sobre la responsabilidad legal y social y propone medidas para respaldar la efectividad y la transparencia en la rendición de cuentas a nivel nacional.

Sección 3: Conclusión

Los sistemas de salud deberían dar prioridad a los grupos pobres y vulnerables de la sociedad para reducir la desigualdad y expandir el derecho a la atención de salud de calidad a través de la universalidad progresiva. La implementación de la CSU ofrece a los países la oportunidad de adentrarse en este camino ampliando la cobertura junto con una garantía de calidad nacional. Los mecanismos de responsabilidad legal y social pueden contribuir a la defensa de estos estándares de calidad. Asimismo, la promulgación de la rendición de cuentas debe basarse en la calidad de los sistemas de salud actuales. En la siguiente sección, evaluamos el propósito, el estado y las perspectivas en torno a la calidad de los sistemas de salud.

Sección 4: Medir la calidad del sistema de salud

En el Recuadro 8, se presenta una lista de los principales hallazgos que se analizan en esta sección.

¿Por qué medir la calidad de los sistemas de salud?

Para alcanzar un sistema de salud de alta calidad, se debe contar con información válida y confiable.[170,171] Múltiples esfuerzos a nivel nacional, internacional y global se han puesto en marcha para identificar aquellas medidas que mejoran la prestación de servicios de salud y ayuden a amplificar la voz de los pacientes. Entre estos esfuerzos, se incluyen el National Quality Forum de los EE.UU., la iniciativa Health Data Collaborative e iniciativas emprendidas por la OCDE, el Banco Interamericano de Desarrollo y la asociación China Joint Study Partnership.[70,76,172–175] Estas iniciativas demuestran que la medición de la calidad asistencial es un asunto de interés para las poblaciones y gobiernos de todo el mundo. Los entornos de ingresos altos, en particular, han realizado inversiones en instituciones a fin de fortalecer el desempeño del sistema de salud a través de mediciones. Si bien ciertas iniciativas, como la Health Metrics Network, han incluido a los PBMI, la adopción de esta agenda por parte de los países no ha sido constante y los

Recuadro 7: Medidas para fomentar la responsabilidad legal y social

Una revisión de la literatura existente realizada por esta Comisión tuvo como objetivo presentar conclusiones sobre la relación entre la rendición de cuentas y la calidad y examinar cómo los mecanismos de rendición de cuentas contribuyen al mejoramiento de la calidad asistencial. Esta revisión se centró en los mecanismos de responsabilidad legal y social concernientes a la salud reproductiva, materna e infantil. Se sintetizaron los principales hallazgos y se halló que las siguientes medidas son importantes para que la rendición de cuentas sea efectiva y transparente:

- Adoptar y promulgar legislación que reconozca el derecho a la salud y a la atención de salud de calidad
- Invertir en la concientización sobre derechos y en la educación en todos los niveles, dirigidas a legisladores, los miembros del parlamento, los administradores de programas, los proveedores de servicios de salud y el público
- Ofrecer información sobre el desempeño de los sistemas de salud a la población y fomentar la transparencia de las mediciones de calidad
- Institucionalizar los mecanismos de reparación y rectificación, como la defensoría del pueblo y los tribunales
- Desarrollar estrategias multidisciplinarias para la rendición de cuentas respecto de la calidad asistencial que combinen instrumentos de responsabilidad legal, social y de desempeño

La descripción de los métodos se encuentra en el Apéndice 1. Fuente: David Clarke, Rajat Khosla, Blerta Maliqi, Marcus Stahlhofer y Bernadette Daelmans.

Recuadro 8: Sección 4: Principales hallazgos

1 La rendición de cuentas y la acción son objetivos que sirven de guía para la medición de calidad. Realizar mediciones sin tener en cuenta estos propósitos puede afectar el sistema de salud.
2 La medición de calidad actual está fragmentada por enfermedad, se centra más en los insumos que en los resultados y está poco alineada con las necesidades de salud de la población. Los responsables de la toma de decisiones no cuentan con información oportuna que brinde un panorama general del sistema de salud en su totalidad.
3 Los actores nacionales e internacionales deberían aprovechar tres oportunidades para mejorar la medición de la calidad del sistema de salud: (1) medir la cobertura efectiva —utilizar parámetros de cobertura de calidad corregidos para monitorear los avances alcanzados en materia de CSU; (2) llevar a cabo menos mediciones, pero de mayor calidad abandonando el uso de indicadores ineficientes y dando prioridad a las mediciones de competencia de los sistemas, experiencia del usuario, resultados —incluidos aquellos informados por los centros de salud y los pacientes—, confianza en el sistema y beneficio económico; (3) invertir en mediciones de calidad realizadas por país, lo que implica fortalecer la capacidad nacional para el procesamiento de datos y su implementación en políticas, publicar anualmente un tablero de seguimiento que registre la calidad del sisma de salud y desagregar los resultados de la población vulnerable.

progresos en términos de medición de sistemas de salud siguen siendo insuficientes.

De hecho, los hallazgos descritos en la Sección 2 sobre la calidad de atención sanitaria en los PBMI revelan importantes brechas en materia de medición. Los datos existentes sobre calidad asistencial se han generado en gran medida mediante programas verticales, lo que da como resultado mediciones que no han sido combinadas de modo tal que puedan demostrar la calidad del sistema de salud en su totalidad, ya sea a nivel local o nacional.[176] Los datos sistemáticos sobre el desempeño de las plataformas del sistema de salud (como la atención primaria) o sobre la experiencia del usuario, la confianza de la población y los resultados de salud son escasos. Asimismo, investigaciones sobre la calidad de los sistemas de salud—incluidos aquellos estudios sobre políticas e implementación que se necesitan con urgencia a fin de producir intervenciones efectivas—no han estado a la altura de la magnitud del desafío, lo que redunda en deficiencias en los enfoques de medición y uso de datos. Una búsqueda bibliométrica de investigaciones relacionadas con la calidad entre los años 2000 y 2016 reveló que, si bien este tipo de investigaciones está en crecimiento en los PBMI, estas se centran mayormente en los países de ingresos altos (Apéndice 2).

Las exigencias a los sistemas de salud están aumentando: la carga de morbilidad está pasando a las enfermedades no transmisibles y a las lesiones,[6] las emergencias de salud están incrementando,[177] los países se están movilizando para brindar CSU,[17] y las personas demandan mejores servicios y resultados.[119] Las prioridades de salud en la era de los ODS[178]—con ambiciosos objetivos de supervivencia y calidad de vida mejoradas para todos—exigen nuevos enfoques que promuevan la rendición de cuentas y la acción para lograr amplias mejoras en los sistemas de salud. Para estar a la altura de estos desafíos, los enfoques de medición deben ser sensibles a las nuevas demandas de los sistemas de salud, relevantes para las personas y eficientes. Sobre la base de este replanteamiento surge una pregunta: "¿por qué medir y para quién hacerlo?". Esta Comisión propone dos objetivos principales para la medición de la calidad asistencial: la rendición de cuentas y la acción.

La rendición de cuentas requiere que se brinde información cuando se la solicita, ya sea para realizar seguimientos de rutina o para requerir justificaciones detalladas, junto con un mecanismo de supervisión.[159] Esta sección se centra en la medición de la rendición de cuentas en materia de desempeño—es decir, cómo el sistema de salud lleva a cabo sus planes—y de responsabilidad social —si es receptiva ante la sociedad.[159] En la medición de la rendición de cuentas del desempeño, se debería evaluar la información en función de puntos de referencia, admitir comparaciones transnacionales y subnacionales, desagregar los datos de las subpoblaciones vulnerables y hacerlo en tiempo real o casi en tiempo real. Tanto para la responsabilidad social como para la rendición de cuentas de desempeño, en general, será necesario que los datos sean representativos de la población meta, comparables y sistemáticos. Las mediciones también deberían incluir elementos de interés para las personas, por ejemplo, deberían abarcar no solo mediciones de salud como la supervivencia, sino también el funcionamiento, el dolor y los procesos, como el tratamiento respetuoso (Recuadro 9).

Realizar mediciones para impulsar acciones es un componente fundamental de los sistemas de salud que buscan generar aprendizajes. Estas mediciones deberían brindar a los responsables de la toma de decisiones respuestas a cuestiones específicas sobre el funcionamiento de un sistema de salud y sobre la calidad asistencial, ayudar a identificar los objetivos y las intervenciones para realizar mejoras y monitorear los resultados de los cambios implementados. Los datos cuantitativos deberían complementarse con lo que se conoce como inteligencia emocional, información del contexto y procedimientos en materia de prestación de servicios, para ayudar a emprender acciones informadas.[179] Es probable que el foco de las mediciones para impulsar acciones varíe en un sistema flexible y complejo: actuar directamente en el nivel de indicador de proceso (p. ej., intentar abordar la escasa adhesión a los lineamientos con recordatorios impresos) podría no generar el efecto deseado si el indicador simplemente señala un déficit de calidad más profundo en el nivel fundacional del sistema de salud.[158,179] La medición para impulsar acciones se analiza en mayor profundidad en la Sección 5.

Para cumplir cualquiera de los propósitos de medición—es decir, para la rendición de cuentas o el emprendimiento de acciones—se requiere mediciones válidas y confiables, la transparencia en el intercambio de información y una entidad capaz de exigir respuestas. El Recuadro 10 resume las condiciones necesarias para que las mediciones contribuyan a un cambio. A fin de alcanzar las metas de los ODS y elevar la calidad de los sistemas de salud antes de 2030, los países deberán embarcarse en una agenda de mediciones cuya realización requerirá tiempo e inversiones. Esta agenda comienza por conocer qué aspectos se miden en la actualidad.

Qué se mide —y qué no—en los sistemas de salud de los PBMI en la actualidad

Se han utilizado múltiples estrategias para recopilar todo el conjunto de datos necesarios para evaluar la calidad de los sistemas de salud, entre los que se incluyen la medición de las necesidades de salud de la población, los resultados de salud y el desempeño del sistema sanitario. La Tabla 2 describe las plataformas en uso y su mejor aplicación; debido a la variedad de herramientas, la organización central y la triangulación son necesarias para comprender estos datos y actuar en función de ellos. Al igual que otros investigadores,

Recuadro 9:* Qué nos dicen las diferentes mediciones sobre la calidad del sistema de salud

Las mediciones de la calidad del sistema de salud, por lo general, se han organizado por insumos (p. ej., personal de salud, equipos e instalaciones), procesos de atención (p ej., adhesión a los lineamientos y comunicación) y resultados (p. ej., morbilidad y mortalidad).[A46]

En los países de bajos y medianos ingresos, muchos de los esfuerzos dirigidos a la medición de calidad y a la implementación de mejoras han hecho hincapié en los insumos de los sistemas de salud. Los insumos son un elemento fundacional para la prestación de atención de salud y pueden medirse fácilmente, pero ofrecen un panorama muy limitado de la calidad asistencial. Algunos estudios han hallado que existe una escasa relación entre las mediciones de insumos y la competencia asistencial, [A47] en especial, cuando se considera el tamaño de las instalaciones.[A25] La relación que existe entre la disponibilidad de recursos y la calidad de atención recibida puede variar durante la prestación del servicio,[A48] lo que resalta la necesidad de contar con proveedores motivados y competentes y sistemas de apoyo para brindar una buena atención de salud. De modo similar, un gran número de estudios[A49,A50] reconocen la existencia de una brecha entre la teoría y la práctica: el déficit entre los conocimientos del proveedor y la atención médica brindada. Estas cuestiones no implican que las mediciones de insumos no sean importantes; de hecho, la información oportuna y específica sobre recursos, tales como la cantidad de suministros y el funcionamiento del equipo, es crucial para la planificación y el funcionamiento de los servicios de salud y, por lo tanto, los sistemas de salud deberían recolectarla. Sin embargo, estas medidas no deberían emplearse como indicadores de que los sistemas de salud están brindando atención de alta calidad.

Las mediciones de los procesos pueden desempeñar un papel importante cuando se desea comprender mejor la calidad de la atención prestada. Estas mediciones son inmediatas y relevantes en el lugar de atención y proporcionan conocimientos de primera mano sobre la prestación de servicios sin ajustar por riesgo, lo que hace que sean particularmente valiosas para evaluar las brechas o desigualdades en la atención brindada a las subpoblaciones vulnerables.[A51] Es esencial que se realice una selección sensata de las mediciones de los procesos, haciendo hincapié en la implementación de mediciones validadas en función de los resultados que más importen a los pacientes,[A52,A53] aunque la medición excesiva puede demandar una gran cantidad de tiempo al proveedor y afectar la calidad y la utilidad de los datos. La proliferación de mediciones de procesos en países de ingresos altos, por ejemplo, ha incrementado la carga de medición y provocado consecuencias indeseadas, entre las que se incluyen el énfasis en la medición en lugar de en su propósito, la concentración de esfuerzos para cumplir objetivos de medición dejando de lado otras tareas esenciales y las arbitrariedades (manipulación del sistema de evaluación de calidad).[A54,A55]

Las mediciones de los resultados de salud reflejan el objetivo central de un sistema sanitario —mantener o mejorar la salud y el bienestar de las personas.[A56,A57] Sin embargo, puede ser difícil atribuir estas mediciones directamente al desempeño del sistema de salud, ya que hay muchos factores involucrados. La información sobre riesgo recogida en la línea de base es necesaria para realizar comparaciones válidas de los resultados de salud en el tiempo y entre instalaciones.[A58] A pesar de esta complejidad, se reconoce a nivel mundial la imperiosa necesidad de llevar a cabo mediciones de resultados sensibles a los sistemas de salud y centradas en el paciente, incluso en entornos de ingresos bajos.[A56] Entre estos resultados sensibles al sistema de salud, se incluyen la tasa de mortalidad perioperatoria, los suicidios de personas hospitalizadas, la supervivencia de cinco años al cáncer, la fístula obstétrica, la cesárea, la carga viral de VIH no suprimida, la presión arterial sin controlar, la amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes y las hospitalizaciones por condiciones susceptibles de atención primaria. Los entornos de ingresos altos recurren cada vez más a los resultados reportados por el paciente (RRP) como medio para realinear la atención de salud sobre la base de las opiniones de los pacientes.[A59] Las mediciones de los RRP se han utilizado para mejorar el monitoreo, la toma de decisiones y la comunicación entre el paciente y el proveedor.[A60] La evidencia sugiere que el uso de estos datos mejoró la percepción del paciente sobre la atención recibida[A61] y condujo a que se obtuvieran mejores resultados de salud respecto de ciertas enfermedades,[A62] aunque su uso agregado aún debe demostrarse por completo.[A63] Las mediciones de rutina y el uso de datos de resultados sensibles al sistema de salud y de RRP son fundamentales para que los sistemas de salud estén al servicio del paciente.

*Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

hemos llegando a la conclusión que la recopilación de datos sobre los sistemas de salud suele ser costosa, desorganizada y ajena a la toma de decisiones.[173,180] Las herramientas y los indicadores se dividen por enfermedad y por fuente de fondos y presentan una coordinación inadecuada y pocos planes nacionales para la coordinación y uso de datos.[180,181] Por ejemplo, en Kenia, 26 organizaciones bilaterales, multilaterales, gubernamentales y no gubernamentales financian sistemas de información de salud, lo que da lugar a la duplicación de esfuerzos y a la distribución desigual de recursos dentro del país.[182] En Tanzania, operan 120 sistemas de información digital relacionados con la salud.[173] En México, se recopilan más de 1·000 indicadores a nivel nacional entre los tres principales sistemas de salud pública, pero solo 27 coinciden en al menos dos sistemas de salud, lo que impide la comparación y la estandarización.

Recuadro 10: **De la medición a la acción***

La medición por sí sola no garantizará la calidad del sistema de salud. Para que la información sea útil, debe involucrar a agentes que posean la capacidad y el poder de utilizarla para generar cambios en el sistema de salud. La libertad de información—el derecho a acceder a información almacenada por organismos públicos— se consagró en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y se ha incorporado en la legislación de más de 90 países.[A64,A65] Al aplicarla a los sistemas de salud, la libertad de información requiere transparencia respecto de los datos dentro del sistema y ante el público.[A66,A67] Los gobiernos no producen sistemas de salud de alta calidad automáticamente. Por esto, debería existir un sistema regulatorio que involucre a una gran variedad de actores, capaz de responsabilizar a los sistemas de salud por la atención de alta calidad. Este sistema incluye mecanismos formales como las auditorías, la defensoría del pueblo y las cortes, y actores informales, como los pacientes, la prensa, las organizaciones profesionales y la sociedad civil.[A67,A68]

Una serie de obstáculos pueden inhibir el flujo de información sobre los sistemas de salud. Los diferenciales de poder pueden obstaculizar la comunicación, restringiendo la transmisión de conocimiento local y la capacidad de respuesta ante él;[A69–A71] las normas de jerarquía y el temor a las represalias pueden inhibir los reportes de incidentes sobre fallas en la atención de salud,[A72] e irónicamente, un exceso de indicadores en los sistemas de medición periódicos puede impedir la rápida comprensión y uso de información relevante a nivel local.[A69,A72–A74] Si bien los gobiernos suelen declarar que desean llegar a los usuarios mediante iniciativas gubernamentales transparentes, la escasa atención que se presta al modo en el que las personas entienden y utilizan la información ha llevado a que exista información abundante, pero que se generen efectos mínimos en la demanda de atención y otros resultados.[A75–A77]

Los países tienen la oportunidad de aprovechar mejor la creciente cantidad de datos sobre sistemas de salud generando confianza en los datos disponibles, promoviendo la cultura de aprendizaje dentro del sistema de salud y garantizando la libertad de información. La elaboración obligatoria de informes con pistas de auditorías de datos o las instituciones responsables de garantizar la calidad de estos pueden fomentar la confianza en los indicadores generados.[A74,A79] Una cultura de información y aprendizaje dentro de los establecimientos de salud y entre ellos podría permitir una mayor transparencia y un mayor número de iniciativas.[A69,A80] Por ejemplo, las auditorías a establecimientos de salud y los procesos de acreditación deberían incluir criterios claros de mejoramiento y promover respuestas no punitivas, tales como brindar apoyo para corregir las deficiencias.[A81,A82] A fin de asegurar la libertad de información, la protección formal de los denunciantes es una garantía importante, aunque también debería abordarse una cultura de discreción y protección profesional.[A72] El libre funcionamiento de los medios de comunicación tradicionales y las redes sociales pueden proveer palancas externas de rendición de cuentas.[A67,A69] Las iniciativas de gobierno abierto constituyen un primer paso; no obstante, su éxito debería juzgarse en función del uso de la información, no en la cantidad de datos publicados. Una forma de implementar estas oportunidades es el desarrollo de un organismo nacional que se encargue de monitorear la calidad del sistema de salud, informar al público, identificar las fallas y ofrecer soluciones, y que funcione como centro de medición, rendición de cuentas y acción.

*Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

La proliferación de indicadores agobia al personal y a los sistemas de atención de salud. En África subsahariana, se estima que los proveedores de atención sanitaria invierten un tercio de su tiempo realizando registros e informes.[173] Las evaluaciones de los establecimientos de salud cuestan, como mínimo, $100·000 por encuesta nacional y, por lo general, su valor es varias veces esa suma,[183] pero rara vez se usan en la planificación nacional. Además, la fragmentación de estas y otras fuentes de datos impide que se pueda llevar a cabo una evaluación coherente del desempeño del sistema de salud, sin mencionar las acciones en respuesta a los datos.

Para comprender qué tan bien mide la calidad de los sistemas de salud esta plétora de herramientas, analizamos conjuntos de indicadores o encuestas internacionales sobre sistemas de salud y conjuntos de indicadores de muestras nacionales de PBMI en contraste con el marco de calidad de esta Comisión (Figura 1; Apéndice 1). Los marcos de calidad no implican la necesidad de medir del mismo modo cada subdominio de los servicios y condiciones de salud, pero sí ponen en evidencia varios aspectos de la calidad y destacan las duplicaciones y las brechas.

Los conjuntos de mediciones se centraron en los cimientos de la atención de salud, con conjuntos mundiales que dedican un 47% de los indicadores a este campo, conjuntos transnacionales que dedican un 70% y conjuntos nacionales que dedican un 44% (Figura 12). Los insumos, tales como las herramientas y el personal de salud, constituyen los subdominios mayormente evaluados y representan la totalidad o la mayor parte de las evaluaciones de disponibilidad y preparación de servicios (Service Availability and Readiness Assessment, SARA), los Indicadores de Prestación de Servicios y las Evaluaciones de Prestación de Servicios. Nuestros hallazgos fueron consecuentes con las investigaciones existentes en lo referido a la predominancia de mediciones de insumos en las encuestas de sistemas de salud.[184] Todos los conjuntos evaluados, salvo por SARA, abordaron los procesos de atención competente, sobre

	Frecuencia	Nivel de recolección	Subdominios de calidad relevantes (marco de la Comisión)	Mejores usos para la medición de sistemas de salud de alta calidad
Datos administrativo (p. ej., HMIS)	Rutinaria	Datos a nivel individual agrupados por condición dentro de los establecimientos y, luego, por unidad geográfica	Población (demanda de atención), atención y sistemas competentes y resultados de salud	Monitorear el desempeño de profesionales y establecimientos de salud; monitorear el estado de salud en a nivel comunidad y distrito
Registros de salud electrónicos	Rutinaria	Paciente individual	Población (demanda de atención), atención y sistemas competentes y resultados de salud	Informar la atención de salud; monitorear el desempeño de profesionales y establecimientos; monitorear el estado de salud a nivel comunidad y distrito
Encuestas poblacionales	Periódica o continua*	Población	Población (demanda de atención), experiencia de usuario, resultados de salud seleccionados, confianza y beneficio económico	Representar a los usuarios y no usuarios del sistema de salud; permitir el análisis de equidad de las subpoblaciones; tener el potencial de adaptarse las innovaciones en medición, tales como la experiencia de usuario y los resultados reportados por el pacientes
Evaluaciones de los establecimientos†	Periódica o continua*	Sistema de salud	Personal de salud, herramientas; con observación o entrevistas de salida: atención competente, experiencia de usuario y confianza	Generar una evaluación representativa de los sistemas de salud para utilizarla como referente a nivel subnacional y nacional; permitir la evaluación de las perspectivas de los usuarios
Registros de pacientes	Rutinaria	Individuo	Resultados de salud, experiencia de usuario, confianza	Monitorear los resultados reportados por el paciente y las mediciones de resultados en el tiempo
Registros vitales y civiles	Rutinaria	Población	Resultados de salud	Monitorear el estado de salud de la población; formar bases de orientación, proyección y planificación de políticas

HMIS=health management information system (sistema de manejo de información sanitaria) El marco de la Comisión se presenta en la Figura 1. *Los métodos de encuesta de hogares y establecimientos de salud continuos que permiten sintetizar datos rutinarios, realizar análisis y tomar decisiones respecto de los programas sanitarios han sido propuestos como una alternativa a las encuestas aisladas,[A83] evaluados a nivel subnacional[A84] y adoptados, por ejemplo, por Perú desde 2004 y por Senegal en 2012. †Las evaluaciones de los establecimientos pueden incluir auditorías de recursos estructurales, entrevistas con el personal de salud, observaciones directas de la atención y entrevistas de salida. Las referencias se encuentran en el Apéndice 1.

Tabla 2: **Plataformas para la medición del sistema de salud**

todo, la atención brindada, como por ejemplo la solución de rehidratación oral para los niños con diarrea. Si bien los conjuntos de mediciones internacionales y nacionales incluyeron resultados de salud poblacional, como la tasa de mortalidad neonatal, las mediciones de la experiencia del usuario y las consecuencias no sanitarias fueron escasas para todos los conjuntos.

La extensa recopilación de mediciones relacionadas con los insumos es problemática. Cuando son recopilados por medio de encuestas, los datos de insumos quedan obsoletos rápidamente y, como resultado, pierden utilidad para la planificación de suministros. Asimismo, nuestro análisis halló que existe una escasa relación entre los parámetros de preparación y el contenido de la atención que se brinda.[35] Si bien los indicadores de resultados identificados en este análisis son valiosos para monitorear la salud de la población, hallamos pocos resultados sensibles a los sistemas de salud y casi ningún resultado reportado por el paciente.

Las mediciones restantes de los conjuntos internacionales correspondían a la atención competente y, en menor medida, a los sistemas competentes. Muchas de estas mediciones se centran en un subconjunto de condiciones de salud, principalmente, la salud maternoinfantil y las enfermedades infecciosas. Incluso en estas áreas, la validez de los indicadores recopilados generaron inquietudes; por ejemplo, las encuestas de hogares no son apropiadas para identificar a aquellos niños que realmente sufren de neumonía para así poder brindarles el tratamiento apropiado. Asimismo, la morbilidad y la mortalidad materna en los hospitales excede con creces las tasas estimadas mediante la administración documentada de intervenciones esenciales.[100,185] La validez de las herramientas con las que se mide la atención de salud se analiza en el Apéndice 2.

En resumen, las mediciones disponibles no promueven la rendición de cuentas para los sistemas de salud de alta calidad. Las encuestas financiadas a nivel mundial sobre los establecimientos de salud proporcionan datos sobredimensionados de los insumos, que ofrecen valores inadecuados para la rendición de cuentas. En los niveles nacional e internacional, la medición de los sistemas de salud es insuficiente para evaluar el desempeño del sistema sanitario en su totalidad e inadecuado para que el sistema sea responsable ante las personas por la experiencia del usuario o el efecto en términos de los impactos—sanitarios y no sanitarios—que importan a los pacientes.

Calidad de los datos

La calidad de los datos debe ser adecuada para emplearse en la rendición de cuentas o el emprendimiento de acciones.[186] Gracias a los esfuerzos realizados en los últimos años, se han identificado dimensiones de la calidad de los datos, tales como la completitud y la pertinencia, la consistencia interna, la consistencia externa y las comparaciones externas, a pesar de que los instrumentos de evaluación se centran principalmente en la completitud y la precisión.[186]

Los sistemas rutinarios de información sanitaria, ya sean registros de salud electrónicos de carácter individual o informes agregados, como el Sistema de Información

	Indicadores	Indicadores relevantes para la calidad	Cimientos	Procesos de atención		Impactos de la calidad			Reportado por el paciente
			Todas*	Atención competente	Experiencia del usuario	Resultados de salud	Confianza	Beneficio económico	
Conjunto de mediciones a nivel mundial									
Indicadores del Countdown 2030	137	91	41	26	1	23	0	2	0
EURO Salud para todas las bases de datos	603	130	68	16	0	45	0	1	3
Indicadores de atención de salud de la OCDE	183	160	87	11	9	42	0	6	13
Indicadores de salud de los ODS	89	28	11	7	1	8	0	1	1
Los 100 indicadores básicos de la OMS (2015)	100	49	15	14	0	18	0	2	0
Indicadores mundiales IPCHS de la OMS	14	11	6	4	1	1	0	0	1
Conjuntos de mediciones transnacionales									
DHS	NA	72	4	51	2	14	0	1	63
SARA	NA	268	268	0	0	0	0	0	0
SDI	761	726	723	2	0	1	0	0	0
SPA	1413	1269	784	349	108	22	6	0	156
Ejemplo de parámetros nacionales para mediciones rutinarias del sistema de salud									
HMIS en Etiopía	121	30	8	11	0	11	0	0	0
HIS en Kenia	198	135	60	53	3	17	0	0	3
IMSS, ISSSTE y MS en México	1055	471	205	97	36	103	17	13	21
HMIS en Nepal	305	183	89	39	0	32	0	0	0
DHIS2 en Senegal	398	168	51	35	3	29	5	0	0

Figura 12: **Representación de los subdominios de calidad en los conjuntos de mediciones internacionales, transnacionales y nacionales**
Hemos establecido conexiones entre los indicadores y el marco de los sistemas de salud de alta calidad (Figura 1) identificando el campo más relevante de cada indicador. Además, clasificamos los indicadores como reportados por el paciente si los datos se recogieron a partir de autoevaluaciones de los individuos. Los detalles de los métodos completos se encuentran en el Apéndice 1. Las celdas están coloreadas en función del máximo número de indicadores por fila (fuente). El rojo indica 0; el naranja y el amarillo, el punto medio; y el verde, el máximo número registrado en ese conjunto de mediciones. DHIS2=Sistema de Información sobre Salud del Distrito 2 (District Health Information System 2). DHS=Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys). HIS=Sistema de información de Salud (Health Information System). HMIS=Sistema de Manejo de Información Sanitaria (Health Management Information System). IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social. IPCHS=Sistema de Salud Integrado Centrado en las Personas (Integrated People-Centred Health System). ISSSTE=Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. OCDE=Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. SARA=Evaluación de la disponibilidad y preparación de los servicios (Service Availability and Readiness Assessment). ODS=Objetivos de Desarrollo Sostenible. SDI=Encuesta sobre Indicadores de Prestación de Servicios (Service Delivery Indicator Survey) —salud. SPA=Evaluación de Prestación de Servicios (Service Provision Assessment). *Población, gobernanza, plataformas, personal de salud y herramientas.

Sanitaria del Distrito 2 (DHIS, por sus siglas en inglés), brindan información sobre la utilización y el contenido de los servicios de salud que, si la calidad de los datos es adecuada, deberían conformar un instrumento de medición fundamental para la rendición de cuentas.[187] En 34 PBMI—principalmente de ingresos medios-altos, pero también en 13 países de ingresos bajos y medios-bajos—se han adoptado sistemas nacionales de registros de salud electrónicos antes de 2015.[188] Por otra parte, 41 PBMI, incluidos 23 países de ingresos bajos, utilizan el DHIS2 a escala nacional para realizar informes agregados a partir de registros electrónicos o papel en distintos establecimientos.[189] Notablemente, las instalaciones del sector privado pueden ser incluidas dentro de los sistemas nacionales de gestión de la información sanitaria, aunque su participación y completación de datos suele ser escasa.[148]

Entre los obstáculos que dificultan el buen uso e implementación de registros sanitarios electrónicos y DHIS, se encuentran la propiedad restringida de los usuarios finales, la escasa capacitación para el procesamiento de datos, la falta de motivación y compromiso por parte de los trabajadores de la salud que se encuentran sobrecargados, la gran cantidad de indicadores necesarios y el funcionamiento inadecuado de las plataformas electrónicas.[181,190] En consecuencia, la calidad de los datos en los sistemas rutinarios de información sanitaria es baja y las evaluaciones de programas verticales suelen señalar una gran prevalencia de datos faltantes o imprecisos.[181,191] Nueva evidencia obtenida en Kenia, Nigeria y México sugiere que tales deficiencias en la calidad de los datos también se relaciona con la calidad de los sistemas de salud (Apéndice 2).

Avanzar: Tres oportunidades para medir mejor

Oportunidad 1: Medir la cobertura efectiva

Los países deberían incorporar mediciones de calidad como parte de una evaluación de sistemas de salud más amplia para realizar un seguimiento apropiado del valor de los sistemas de salud. La disponibilidad geográfica de los establecimientos sanitarios sobrevalora el desempeño de los sistemas de salud. En India, por ejemplo, se halló una asociación entre la reducción de las tasas de mortalidad por condiciones abdominales agudas y la proximidad a hospitales con recursos abundantes, pero no así con el acceso a hospitales de menor calidad.[192] Nuevos análisis sugieren que esta relación también se establece en el caso de condiciones obstétricas, condiciones quirúrgicas agudas e infecciones en adultos para las cuales el tiempo es crucial en este país, pero presenta una relación menos frecuente en los casos de infarto de miocardio (Apéndice 2). Incluso los indicadores de procesos básicos proporcionan un mayor panorama de la capacidad de los hospitales que la disponibilidad de una instalación o equipamiento. El monitoreo de la cobertura de servicios que no incluyen explícitamente la calidad sobrestimarán de manera similar el desempeño de los sistemas de salud y, en muchas ocasiones, lo harán de manera considerable debido a las deficiencias en la calidad asistencial. Para alcanzar la CSU, se debe lograr una cobertura efectiva, de modo que "las personas que necesiten servicios de salud los reciban de manera oportuna y con el nivel de calidad necesario a fin de obtener el efecto y los posibles beneficios de salud deseados".[193] El monitoreo actual de la CSU no refleja este principio. En la Figura 13, se enumeran en detalle los indicadores de cobertura actuales para el seguimiento de la CSU en especial y de los ODS relacionados con la salud. Solo uno de estos indicadores (cobertura efectiva del tratamiento de tuberculosis) registra el efecto del sistema de salud en los resultados de la población. Para estimar la cobertura efectiva, es necesario definir la población necesitada, el acceso a la atención de salud y la recepción de servicios médicos de calidad.[194] En la Figura 13, también se presentan indicadores ilustrativos de cobertura efectiva a modo de orientación para futuros seguimientos y, en el Apéndice 2, se exponen los indicadores para condiciones adicionales. Actualmente, se encuentran en curso investigaciones que buscan establecer indicadores estándar para muchas condiciones incluidas en los ODS. Existen algunos indicadores disponibles, no obstante, deben implementarse de mejor manera (p. ej., VIH), perfeccionarse seleccionando los mejores indicadores y estableciendo métodos de recolección eficientes (p. ej., salud maternal), o desarrollarse nuevamente o validarse para poder utilizarlos a escala en contextos de pocos recursos (p. ej., consumo de sustancias).

La cascada de atención es una extensión del concepto de cobertura efectiva: en lugar de obtener una única cifra, las cascadas dividen el desempeño a lo largo del continuo de atención para dar lugar al análisis del funcionamiento del sistema de salud en su totalidad.[195] Los pasos de la cascada de atención, por lo general, realizan un seguimiento de una población paciente desde las necesidad de salud hasta el diagnóstico, el tratamiento oportuno, el control de la enfermedad, el bienestar y la supervivencia. Debido a que cada paso depende del anterior, las cascadas ilustran las fallas del sistema de salud en lo que respecta a funciones tales como el diagnóstico, la retención y la atención basada en evidencia, y además vinculan el desempeño del sistema con los resultados del paciente. Si bien los indicadores específicos pueden variar en función de las condiciones de salud (p. ej., el control de la enfermedad puede medirse a partir de la carga viral del VIH, la presión arterial a partir de la hipertensión, los días sin síntomas para los trastornos depresivos graves y los años sin reincidencia para el cáncer de mama), los descensos en la cascada de una enfermedad específica pueden ilustrar déficits que afectan todo el sistema: bajas tasas de pruebas de detección sugieren fallas en la atención primaria como primer servicio al que se recurre, mientras que la presencia de resultados bajos entre los que recibieron tratamiento implica que la atención coordinada y continua es inadecuada. En el Apéndice 2, se ofrecen algunos ejemplos y expone un análisis.

Oportunidad 2: Menos pero mejores mediciones

Para que la rendición de cuentas y las acciones sean efectivas, las evaluaciones de los sistemas de salud deben evitar aquellas mediciones que no se ajustan a los objetivos ni se centran en las personas. Una medición centrada en las personas implica pensar en los individuos a lo largo de su vida y en la totalidad de sus experiencias con el sistema de salud en lugar de considerar servicios individuales.[196]

A fin de contar con sistemas de salud que estén al servicio de las personas, es recomendable medir los procesos de atención y los impactos de la calidad considerando tres áreas para mejorar la medición: experiencia positiva del usuario, resultados reportados por el paciente y efectos no sanitarios de la atención. Los países de la OCDE están avanzando hacia el uso de medidas transversales estándar de la experiencia del usuario, en particular de la comunicación y las opiniones del paciente.[175] La amplia adaptación y validación de estas medidas permitiría realizar comparaciones a nivel mundial. Otras áreas de interés que se centran en la prioridad del usuario y en el respeto presentan otros desafíos en materia de medición, como la dignidad, la privacidad y la no discriminación. Los programas verticales que se utilizan más frecuentemente para la medición de dichos campos, incluidos la planificación familiar, la atención materna y la atención del VIH pueden facilitar un mayor entendimiento.[9,197,198]

Se han puesto en marcha iniciativas similares para ampliar la utilidad de los resultados reportados por el

Indicador de cobertura actual	Illustrative effective coverage indicator
Indicadores de cobertura* de los sistemas sanitarios del Marco de Indicadores Mundiales para los ODS, julio de 2017	
3.b.1 Proporción de la población meta cubierta con todas las vacunas incluidas en su programa nacional	Proporción de la población meta con anticuerpos detectables para las vacunas en el programa nacional (nivel 1) *Para evaluación de efectividad ocasional, no para recolección rutinaria*
3.1.2 Proporción de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado	Proporción de partos vaginales con manejo activo del tercer período del trabajo de parto (nivel 2)
3.5.1 Cobertura de intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y rehabilitación y servicios médicos posteriores) por trastornos causados por consumo de sustancias	Proporción de personas con trastornos por consumo de sustancias que reciben tratamiento adecuado según los lineamientos nacionales o internacionales (nivel 3)
3.7.1 Proporción de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) cuyas necesidades de planificación familiar son satisfechas mediante métodos modernos	Proporción de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años de edad) cuyas necesidades de planificación familiar son satisfechas con métodos modernos de su elección (nivel 3)
3.8.1 Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales con base en intervenciones de seguimiento, entre las que se incluyen la salud materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles; y la capacidad de servicio y el acceso a este, entre la población general y la más desfavorecida)	Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura efectiva promedio con base en intervenciones de seguimiento, entre las que se incluyen la salud materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles; y la capacidad de servicio y acceso a este, entre la población general y la más desfavorecida; nivel 3)
Indicadores† del sistemas de salud del índice de cobertura de servicios de salud esenciales propuesto para medir la atención sanitaria universal y los ODS 3.8.1A85	
Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos en mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja (%)	Demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos elegidos por la mujer en mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja (nivel 3)
Cuatro o más consultas de atención prenatal (%)	Mujeres embarazadas que reciben atención oportuna y adecuada —p. ej., primera consulta antes de las 13 semanas de gestación, atención que proporciona protección contra el tétanos; mediciones repetidas de la presión arterial; pruebas de sífilis, VIH [según corresponda] y diabetes; y asesoramiento sobre riesgos, planificación del parto y lactancia inmediata (nivel 2)
Niños de un año que han recibido tres dosis de la vacuna de la difteria, el tétanos y la tos ferina (%)	Proporción de niños de cinco años que poseen anticuerpos detectables para las vacunas del programa nacional (nivel 1) *Para evaluación de efectividad ocasional, no para recolección rutinaria*
Demanda de atención para niños con posible neumonía (%)	Niños diagnosticados con neumonía que reciben tratamiento apropiado según los lineamientos nacionales o de la AIEPI (nivel 2)
Cobertura de tratamiento efectivo contra la tuberculosis (%) (proporción de todas las personas con tuberculosis que completaron el tratamiento con éxito)	*Indicador actual*
Personas con VIH que reciben terapia antirretroviral (%)	Personas con VIH con supresión viral (nivel 1)
Población en riesgo que duerme debajo de redes mosquiteras impregnadas con insecticidas (%)	Población en riesgo que, según se lo observado, duerme debajo de redes mosquiteras intactas y perdurables impregnadas con insecticidas y que se adquirieron en los últimos cinco años (nivel 3) *Para evaluación de efectividad ocasional, no para recolección rutinaria*
Prevalencia de presión arterial no elevada independientemente del estado de tratamiento	Prevención y detección: prevalencia de presión arterial no elevada en adultos sin diagnóstico previo de hipertensión (nivel 1) Tratamiento: presión arterial no elevada en adultos con diagnóstico previo de hipertensión (nivel 1)
Nivel promedio de glucosa plasmática en ayuno (mmol/L)	Prevención: prevalencia de glucosa plasmática en ayuno o HbA1c no elevada en adultos sin diagnóstico previo de diabetes (nivel 1) Tratamiento: prevalencia de glucosa plasmática en ayuno o HbA1c no elevada en adultos sin diagnóstico previo de diabetes (nivel 1)
Prueba de cáncer cervical en mujeres de entre 30 y 49 años (%)	Proporción de mujeres de entre 30 y 49 años sometidas a pruebas de cáncer cervical con resultados oportunos y diagnósticos confirmados según lo indicado (nivel 3)

Figura 13: **Indicadores ilustrativos de los avances hacia una cobertura efectiva a partir del monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**
Nivel 1=la acción prioritaria es la implementación (rutinaria o dirigida, respecto de la inmunización). Nivel 2=la acción prioritaria es determinar la eficiencia de los indicadores y la recolección de datos. Nivel 3=la acción prioritaria es el desarrollo de indicadores válidos para su uso a escala. AIEPI=Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *Excluye los indicadores de salud que se centran solo en los resultados poblacionales. †Seis indicadores no presentados: dos determinantes fundamentales para la medición fuera del sistema de salud (consumo de tabaco y acceso al saneamiento básico del hogar) y cuatro indicadores de capacidad de servicio y acceso a servicios. Las referencias se encuentran en el Apéndice 1.

paciente, entre las que se incluye el interés de la OCDE por la medición de resultados poblacionales como la calidad de vida.[175] El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud publicó un conjunto de resultados estándar (incluidos los resultados reportados por el paciente) sobre hipertensión, que se centraba explícitamente en los PBMI.199 Los conjuntos de resultados estándar comunicados por el paciente sobre salud en adultos y salud pediátrica están siendo desarrollos. Para implementar estas medidas con mayor eficacia, se requiere un mínimo de datos complementarios bien definidos, tales como los factores de riesgo.[200] En el Recuadro 11, se destacan los esfuerzos destinados a adaptar y aplicar las medidas reportadas por el paciente en los PBMI.

Las mediciones disponibles sobre la confianza en los sistemas de salud no están a la altura de la importancia que tiene este dominio para moldear el comportamiento

Recuadro 11: **Innovaciones en la experiencia del usuario y la medición de resultados***

Los ejemplos que se presentan en este recuadro describen pruebas de concepto de indicadores comunicados por los pacientes en países de bajos y medianos ingresos. Las inversiones compartidas, la innovación y el conocimiento serán necesarios para validar y definir el uso a escala de las mediciones reportadas por los pacientes en el emprendimiento de acciones y la rendición de cuentas.

Medir la experiencia durante la atención materna: Acompañante elegido

La Quality of Care Network para la salud maternoinfantil está llevando adelante iniciativas para estandarizar mediciones referidas a la experiencia de atención durante el parto. La elección del acompañante de parto es uno de las mediciones de calidad para el apoyo emocional y una recomendación actual presente en cuatro lineamientos de la OMS.[A86,A87] La evidencia muestra que las mujeres que reciben apoyo continuo durante el trabajo de parto presentan más probabilidades de tener un parto vaginal y de sentirse más satisfechas con la experiencia del parto, y menos probabilidades de tener un parto por cesárea o tomar analgésicos.[A88] Los acompañantes de parto también pueden desempeñar un papel en la prevención de maltratos a la mujer durante el parto, dado que pueden actuar como defensores, testigos y custodios. Un indicador de proceso sería la proporción de mujeres que querían y tuvieron un acompañante que las apoyara durante el trabajo de parto, el parto y el período posparto inmediato en un establecimiento de salud, basado en la observación, encuestas en los establecimientos o encuestas poblacionales. Actualmente, nueve países de esta red están en proceso de incluir y probar diferentes mecanismos para tres indicadores comunes de la experiencia de atención (incluido el acompañante de parto) como parte de iniciativas a gran escala para lograr mejoras en la calidad en materia de salud materna y neonatal.[A89]

Medir los resultados reportados por el paciente sobre embarazo y parto en Nairobi, Kenia

El objetivo de esta iniciativa consistía en comprender la aplicación de principios de atención de salud basados en valores en un entorno con escasos recursos; en especial, para probar un modelo de recopilación para las mediciones de resultados reportados por el paciente (PROM, por sus siglas en inglés) referidas al embarazo y al parto en un entorno con escasos recursos; determinar la viabilidad y la adaptabilidad del uso de plataformas móviles para medir las PROM e identificar cómo involucrar a los pacientes en la recolección de PROM, y motivar a los proveedores de salud para que midan los resultados.

Las variables de resultados para las pruebas piloto se seleccionaron del conjunto de indicadores estándar de embarazo y parto creado por el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud en función de la importancia, la viabilidad, la aceptabilidad (cultural y social) y la alfabetización. Los resultados reportados por el paciente incluían el estado de salud (incontinencia y dolor durante el coito), lactancia (lactancia exitosa) salud mental (depresión preparto o posparto) y satisfacción con la atención durante el embarazo, el trabajo de parto y luego del parto.

En este estudio, participaron cinco establecimientos de salud que brindan servicios de atención prenatal, de parto y posnatal, y se capacitó al personal de enlace para que colabore con la incorporación del paciente y ayude a mantener el compromiso y supervisar el seguimiento. La recolección de datos médicos y financieros en tiempo real se realizó utilizando la tecnología M-TIBA, una cartera móvil de salud que permite realizar un seguimiento de los pacientes en el sistema. Los ítems de las PROM se administraron mediante mensajes de texto a través de la aplicación de mSurvey. De un total de 200 mujeres, se inscribieron 173, y la tasa de completitud de las encuestas fue del 90% a lo largo de las seis semanas posteriores al parto. Véase el Apéndice 1 para obtener más detalles sobre los métodos.

Fuentes: ÖzgeTunçalp y Meghan Bohren; Ishtar Al-Shammari y David Ljungman.
*Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

de la población y modificar los resultados de salud. La satisfacción con la atención recibida o el sistema de salud es una medición que se emplea habitualmente y, desde el punto de vista legal y de derechos, refleja la opinión final del consumidor.[201] La satisfacción se asocia con la medición objetiva de la calidad de los procesos (p. ej., la competencia clínica) y con los resultados de salud (p. ej., la mortalidad).[92,202] Sin embargo, la satisfacción también se ve fuertemente influenciada por muchos otros factores, incluidas la demografía y la salud de los usuarios, las experiencias de atención previas, las expectativas y la probabilidad de sesgo de cortesía.[202] Esto podría explicar algunos de los hallazgos contradictorios con respecto a la satisfacción del usuario. Por ejemplo, la satisfacción suele ser alta para aquellos servicios que presentan una baja calidad evidente, en particular, entre los usuarios con un menor nivel educativo o experiencia con atención de salud de alta calidad (Recuadro 3). Contrariamente, aquellas personas que esperan servicios que no están incluidos podrían expresar insatisfacción cuando no los reciben, como por ejemplo la prescripción de antibióticos para un resfrío común. Una mejor alfabetización sanitaria puede reducir esta disparidad. Si bien la satisfacción del usuario aporta una perspectiva importante, se deberían considerar otras mediciones que podrían registrar la confianza de las personas de manera más directa. Estas podrían incluir la confianza en el sistema de salud, la confianza en que las personas recibirán la atención que necesitan, la aprobación del sistema en el estado en que se encuentra (contrario a la

demanda de grandes reformas) y los parámetros que indican preferencias, como la elusión de ciertos establecimientos y las pérdidas durante el seguimiento.[37] El desarrollo y validación de las mediciones de confianza en el sistema de salud relevantes para los PBMI debe formar parte de la agenda mundial de investigación.

Los vínculos entre la calidad del sistema de salud y los beneficios económicos se detallaron anteriormente. Los efectos que produce la calidad de los sistemas sanitarios en los beneficios económicos depende en gran medida del estado de salud (p. ej., incidencia de las infecciones en el sitio quirúrgico o enfermedades resistentes a antibióticos y capacidad de desempeñarse en el trabajo o la escuela) y de la confianza en el sistema sanitario. Las mediciones deberían centrarse en la salud y en la confianza, mientras se llevan a cabo investigaciones que cuantifican la relación entre estos resultados y el impacto económico. Entre las vías directas, se incluyen la accesibilidad que determina los costos de atención individuales y la competencia deficiente del sistema que genera procedimientos costosos e innecesarios. Se han registrado importantes avances en la medición de costos en la era de los ODS: el gasto de bolsillo catastrófico para cubrir costos de atención sanitaria que constituye el indicador 3.8.2 de los ODS, la protección financiera dentro de la CSU[126,128] y el empobrecimiento por motivos de salud ofrecen un indicio de qué tan estrecha es la relación entre la protección financiera para servicios sanitarios y el alivio de la pobreza.[126,128] Los indicadores de gastos innecesarios en el sistema de salud, como el exceso de cesáreas, podrían reflejar la baja calidad asistencial, aunque, hasta la fecha, pocas mediciones se han definido para este aspecto utilizando puntos de referencia apropiados para evaluaciones nacionales en PBMI.

Las mediciones de la competencia del sistema son un área clave para realizar innovaciones, tanto para la identificación de indicadores esenciales como para su utilización, lo que perite obtener un panorama que refleje el funcionamiento del sistema. Entre los elementos que componen la competencia del sistema se incluyen la seguridad, la prevención y la detección, la continuidad y la integración, la acción oportuna y la gestión de la salud poblacional. El funcionamiento general de las plataformas dentro del sistema sanitario —alcance comunitario, atención primaria, atención hospitalaria, servicios médicos de emergencia y sistemas de derivación—puede evaluarse de manera similar. Un estudio publicado en 2016 por el Institute for Healthcare Improvement[203] propuso considerar mediciones para aquellos sistemas sanitarios que se encuentran en entornos de ingresos altos. Estas mediciones incluyen inmunizaciones infantiles, atención ambulatoria oportuna, hospitalizaciones prevenibles, enfermedades intrahospitalarias y eventos graves que deben ser reportados (daño grave o muerte de un paciente a causa de un error cometido durante la atención sanitaria). En los países de ingresos bajos, realizar mediciones precisas y constantes de la mortalidad hospitalaria que se registra en determinados servicios representaría un avance importante.[204]

Un enfoque para la medición de la competencia del sistema considera aquellas condiciones o procedimientos que requieren una integración funcional dentro de una plataforma de atención sanitaria e identifica las mediciones de procesos o de resultados en dicha plataforma como indicadores trazadores. Por ejemplo, ciertos indicadores, como el retraso en la transfusión de sangre, las infecciones en el sitio quirúrgico y la tasa de mortalidad perioperatoria proveen información relevante sobre la calidad de la atención hospitalaria en su conjunto.[73,102,205] Si bien es posible recopilar datos sobre la tasa de mortalidad perioperatoria en países de todos los niveles de ingresos, la supervisión de los resultados no se implementa prácticamente en ningún PBMI. Centrar la atención en los procedimientos de referencia y en la definición de métodos estándares para la recolección y el reporte de datos sobre las tasas de mortalidad perioperatoria y las infecciones en el sitio quirúrgico reduciría la heterogeneidad de las mediciones y facilitaría su incorporación en la medición actual de sistemas de salud.[73,104] De modo similar, la atención oportuna de traumatismos es un indicador de atención prehospitalaria, tales como los servicios de emergencia médica y el funcionamiento del hospital. Un gran número de estudios han evaluado el tiempo transcurrido entre la lesión y el ingreso o entre el ingreso y la cirugía; sin embargo, las mediciones siguen siendo heterogéneas.[83] Los esfuerzos realizados para mejorar las mediciones de la competencia del sistema deberían incluir su posible implementación en la rendición de cuentas y el emprendimiento de acciones.

Oportunidad 3: Invertir para una medición de la calidadasistencial en cada país

El enfoque actual de medición del sistema de salud es un enfoque fragmentado que permite un uso de datos limitado a pesar de los esfuerzos e inversiones sustanciales que se llevan cabo.[176,206,207] A fin de lograr avances en los desafíos que conlleva la medición de la calidad y en las propuestas descritas anteriormente, se necesitan mediciones a nivel nacional.[208] Esta Comisión insta a los contribuyentes mundiales, regionales y nacionales a invertir en instituciones nacionales que midan la calidad de los sistemas de salud. Tales organismos nacionales deben encomendarse a evaluar las mediciones disponibles en función de las prioridades nacionales sobre calidad asistencial, perfeccionando las guías de medición para abordar mejor la totalidad de las necesidades de los sistemas de salud de alta calidad, creando un tablero anual público para monitorear el desempeño y facilitando la traducción de los resultados en políticas.

Desarrollar tal institución o acuerdo requiere fortalecer la capacidad humana en todos los niveles del sistema de salud y concentrar capacidades avanzadas en ciencia de la información a nivel nacional. Si no se poseen datos

actualizados a nivel local ni la capacidad de gestionar datos a nivel subnacional o distrital, la calidad de estos no será suficiente para respaldar las actividades de la institución nacional. Para abordar los desafíos actuales y futuros que implica la medición del sistema sanitario a medida que la salud poblacional y los sistemas de salud evolucionan, será necesario desarrollar una capacidad de medición más avanzada dentro de tal institución nacional que incluya a un mayor número de investigadores con maestrías y doctorados. Invertir en una institución central que tenga la facultad de establecer prioridades para la medición en función de las políticas nacionales sobre calidad en los sistemas de salud y que tenga la autoridad para centralizar los datos y difundir los hallazgos es fundamental para llevar a cabo mediciones sensibles, relevantes y eficientes, en especial en países con sistemas de salud cada vez más descentralizados. Asimismo, contar con una única fuente de información acerca de los déficits en la calidad asistencial también puede proporcionar una base sólida para responsabilizar a los sistemas de salud cuando se presenten fallas en la prestación de servicios y en la seguridad del paciente.[209]

Para obtener un panorama que refleje realmente la calidad del sistema de salud a nivel nacional, se debe incluir al sector privado en la medición. La exclusión de los proveedores privados limita las evaluaciones del sistema sanitario, especialmente en países en los que el sector privado tiene un gran alcance, tales como India. Por ejemplo, un estudio de cobertura poblacional de los hospitales de primer nivel del estado Karnataka, India, reveló que el 45% de la población tenía acceso al menos a un hospital público dentro de un área de influencia de 25 kilómetros, mientras que se observó un acceso del 91% cuando se incluyeron los hospitales privados[210] en el análisis (un modelo de área de influencia fluctuante de dos pasos; Apéndice 2).

Aun así, la información sobre la capacidad y calidad de los centros de salud privados, o incluso sobre la cantidad de centros que existen y su ubicación, es escasa.[204] Algunas evaluaciones de los sistemas de salud, tales como la encuesta District Level Household Survey 4, en India, se limitan a analizar únicamente los establecimientos públicos, y los sistemas rutinarios de información sanitaria solo pueden ser obligatorios para este tipo de establecimientos. Una revisión efectuada por esta Comisión identificó varios mecanismos para medir la calidad del sector privado, que incluyen la regulación, los sistemas de información nacional y las encuestas, las mediciones orientadas al comprador, al consumidor o a la red en general, y evaluaciones voluntarias externas. En ocasiones, los proveedores del sector privado están dispuestos a compartir información; sin embargo, si no se cuenta con mecanismos e incentivos sólidos, esta colaboración pocas veces se lleva a la práctica.[211] Se precisan investigaciones que estudien nuevos modelos de integración de datos entre los sectores públicos y privados que permitan promover la eficacia y la transparencia, y garantizar la rendición de cuentas de sus sistemas de salud.

Desarrollar una política y una estrategia nacional para la calidad de los sistemas de salud es una condición previa para llevar a cabo mediciones a nivel nacional que se discutirá en mayor detalle en la siguiente sección.[212] Evaluar las estrategias de medición en función de los estándares definidos en la estrategia nacional ayudará a entender mejor las brechas y deficiencias que presenta la medición de la calidad. Otra de las responsabilidades que debe cumplir una institución nacional destinada a la medición de la calidad de los sistemas de salud es desarrollar una guía para la medición de la calidad. Esta guía puede variar según el contexto y los recursos disponibles, pero debe incluir tres niveles: sistemas fundamentales, datos rutinarios y estudios específicos. El primer nivel consiste en el uso de registros vitales para monitorear los nacimientos y las muertes en la población, la gestión de la cadena de suministros y los sistemas de información de recursos humanos, incluido el seguimiento de pago a proveedores. Estos aspectos son fundamentales para conocer en profundidad la población y el desempeño de los sistemas de salud. El segundo nivel implica la recopilación de datos rutinarios mediante registros electrónicos o sistemas de información de salud; a partir del uso de sistemas rutinarios de información se pueden obtener varias medidas de la eficacia de la cobertura y el nivel de adecuación de los sistemas. La precisión y el uso eficiente de recursos son fundamentales para estas mediciones, no solo por su relevancia, sino también por su gran potencial. El tercer nivel consiste en la realización de estudios dirigidos a analizar los sistemas de salud, que incluyan encuestas sobre los centros de salud y la población y registros de los pacientes a fin de conocer en profundidad las necesidades de salud y el desempeño de los sistemas. Las evaluaciones de los establecimientos de salud deben ser de rápida administración y deben responder a las prioridades nacionales, centrándose cada vez más en aquellas medidas que pueden ser difíciles de recopilar en un sistema rutinario, tales como la experiencia del paciente y la precisión del modo y el momento en el que se provee la atención. Se pueden elaborar registros de pacientes para aquellos grupos o condiciones prioritarios como una subdivisión de las evaluaciones de los centros sanitarios para recopilar información sobre los resultados de salud y las perspectivas de los pacientes en el tiempo.[213] Las encuestas poblacionales, en especial aquellas destinadas a evaluar los establecimientos sanitarios o los sistemas rutinarios de información, pueden ampliarse para abarcar el rango de enfermedades estipuladas en la agenda de los ODS y para incluir las opiniones de los usuarios y de los no usuarios acerca de sus necesidades y resultados. Estas encuestas continuarán siendo decisivas para obtener información que permita evaluar la equidad de los sistemas de salud, sobre todo en los PBMI. Una

vez sistematizadas, la combinación de estas fuentes de datos tiene un gran potencial para elevar la calidad de los sistemas de salud. La matriz de los instrumentos de medición será diferente en cada contexto, ya que una de las metas de los ODS es que todos los países tengan su propio sistema de datos y determinen qué datos deben medirse utilizando un marco común. Es importante que las herramientas de medición en todos los niveles sean de propiedad nacional a modo de que puedan emplearse e integrarse todos los resultados obtenidos.[208] Los socios regionales y globales pueden facilitar y catalizar este trabajo proporcionando recursos públicos de instrumentos y datos centralizados. Entre estos se incluyen un repositorio de indicadores, datos y guías disponibles sobre el papel que juegan las plataformas y métodos de medición en la triangulación de estos parámetros (p. ej., en la estimación de cobertura efectiva), y herramientas para la sintetización y divulgación de la información. Las colaboraciones regionales pueden ser útiles para compartir los conocimientos adquiridos y evitar la duplicación de esfuerzos, sobre todo en los países pequeños. Iniciativas tales como la red Quality of Care Network y la Health Data Collaborative son pasos significativos en esta dirección.

Finalmente, esta Comisión recomienda que los países creen un tablero público que contenga información acerca del sistema de salud a fin de monitorear los avances alcanzados en materia de calidad asistencial. El tablero permitirá realizar un seguimiento de la calidad del sistema de salud utilizando datos recopilados de varias fuentes. Asimismo, este tablero estará orientado a la población y debe reflejar los principales intereses de los ciudadanos: salud y bienestar, experiencia del usuario, nivel de adecuación del sistema, seguridad y beneficio económico. En la Figura 14 se presenta un tablero a modo de ejemplo que destaca estas áreas recomendadas al igual que los indicadores ilustrativos de cada dominio para mostrar cómo debería presentarse la información. Los indicadores de cobertura efectiva pueden señalar las áreas que presentan un rendimiento deficiente por zona geográfica, condición de salud o situación de vulnerabilidad, mientras que la cascada de atención para condiciones de salud que reflejan el funcionamiento general del sistema pueden emplearse para identificar las fortalezas y debilidades de este. Tal como se describió anteriormente, los indicadores deben seleccionarse y adaptarse para cada país en particular. El tablero debe modificarse para que refleje los continuos cambios en la salud y en las prioridades de los sistemas sanitarios. Existen algunas iniciativas que se están llevando a cabo para aportar nuevos elementos a este tablero, desde visualizaciones en tiempo real del absentismo laboral en centros de salud en India[214] hasta plataformas públicas de

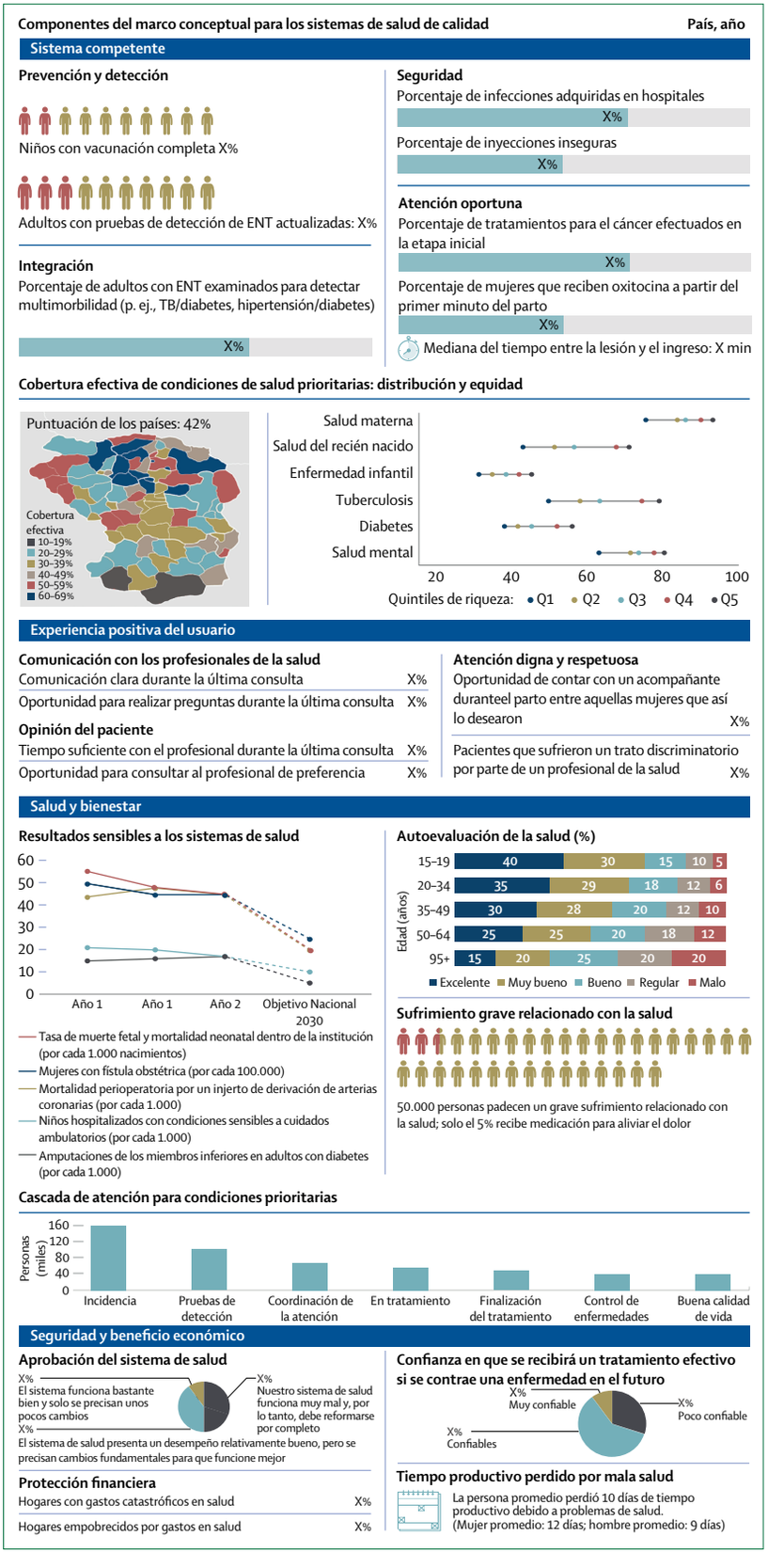

Figura 14: **Ejemplo de un tablero de seguimiento de un sistema de salud de alta calidad con indicadores ilustrativos**

Recuadro 12: **Sección 5: Principales hallazgos**

1. Hoy en día, abordar las deficiencias en la calidad asistencial en varios países requerirá expandir el alcance de la solución (el conjunto de posibles soluciones que permiten afrontar las limitaciones de los problemas) para que las estrategias de mejoramiento abarquen intervenciones a nivel macro, meso y micro.
2. Los países deberán invertir en los cimientos de los sistemas sanitarios de alta calidad sobre la base de cuatro acciones universales: gobernar para mejorar la calidad, rediseñar la prestación de servicios para optimizar la calidad, transformar la fuerza laboral sanitaria para prestar una atención respetuosa y de alta calidad, y transmitir a la población la importancia de exigir una atención de alta calidad.
3. Algunos de los enfoques más comunes, tales como la acreditación y la financiación basada en el rendimiento, no han sido eficientes para producir mejoras de forma sistemática en la calidad asistencial.
4. El aprendizaje colaborativo dirigido por el distrito tiene el potencial de fomentar las mejoras alcanzadas en la calidad mediante una mejor comunicación y funcionamiento del sistema, pero se necesita mayor información acerca de qué modelos son los más efectivos.
5. Investigaciones sobre estrategias dirigidas a mejorar el desempeño de los trabajadores y establecimientos de la salud hallaron que la mayoría de las soluciones a pequeña escala poseen tamaños del efecto moderado. Los estudios tienden a ser cortos y breves, por lo que las conclusiones acerca de la viabilidad y de los efectos a escala son limitadas. Esta Comisión recomienda que se implementen las intervenciones a nivel micro y meso seleccionadas junto con las iniciativas destinadas a mejorar los cimientos de los sistemas sanitarios.
6. Los socios para el desarrollo deberán apoyar aquellas reformas en el sistema de salud que optimicen los cimientos de la atención de alta calidad.
7. A fin de fomentar mejoras y aprendizajes, se deben realizar seguimientos y evaluaciones de impacto de todas las estrategias de mejoramiento implementadas tanto a nivel nacional como subnacional.

datos en Kenia.[215] Sin embargo, proporcionar información no es suficiente; esta debe estar acompañada de un contexto apropiado para su utilización pública y de mecanismos claros para fomentar la participación de los ciudadanos, ya sean miembros de la sociedad, la prensa o representantes del sistema de salud, como por ejemplo las asociaciones médicas.[216]

Los países deben presentar los resultados generales del tablero de seguimiento y los resultados desagregados por regiones subnacionales y dimensiones de la vulnerabilidad (entornos de atención de salud, tipo de enfermedad o características demográficas, tal como se describió en la Sección 3), así como también los resultados para los sectores públicos y privados. Esta Comisión recomienda que los tableros de control se publiquen a partir del año 2021. Cabe destacar que estos tableros podrían reflejar brechas en la disponibilidad y la calidad de los datos, sobre todo al comienzo de su implementación, antes de que las plataformas de medición hayan sido realineadas para proporcionar un panorama general de los sistemas de salud. La información faltante no debería impedir que se divulguen los datos que se encuentran disponibles a modo de aporte a los mecanismos de responsabilidad social. La divulgación de la información respecto de la calidad de los sistemas de salud es un medio importante para generar confianza en la transparencia de dichos sistemas, además de proporcionar una vía para que los representantes de los sistemas sanitarios evalúen su desempeño.[217] Asimismo, la elaboración de un tablero de seguimiento para evaluar la calidad asistencial es un paso fundamental para promover la rendición de cuentas e impulsar acciones a nivel internacional que busquen optimizar la calidad de los sistemas de salud.

Sección 5: Mejorar los sistemas de salud a escala

En el Recuadro 12, se presenta una lista de los principales hallazgos que se analizan en esta sección.

Expandir el alcance de la solución

Si bien en las últimas décadas se han logrado grandes avances en materia de salud en los PBMI, el análisis de esta Comisión mostró que los sistemas sanitarios se ven afectados por una mala calidad asistencial. La prevalencia de la baja calidad de la atención sugiere que el problema no radica solo en el pobre desempeño de algunos proveedores o centros de salud, sino más bien en el rendimiento deficiente de los sistemas sanitarios en su totalidad. A fin de abordar con éxito el carácter endémico de la baja calidad asistencial y brindar a los proveedores el apoyo adecuado para que puedan prestar la atención competente y respetuosa que merecen los ciudadanos, esta Comisión propone desarrollar una agenda ambiciosa para optimizar los sistemas de salud que no solo se centre en las manifestaciones de baja calidad sino que se focalice en transformar los sistemas de salud.

Sin embargo, las estrategias para mejorar la calidad asistencial en los PBMI se han centrado en un conjunto limitado de soluciones, tales como mejorar los insumos y recursos del sistema sanitario, y cambiar la conducta y la rutina de las personas en los lugares de atención, es decir, en el nivel más bajo (micro) del sistema de salud. Una revisión de la calidad de la atención primaria realizada en 2018 halló que, a nivel mundial, el 72% de las estrategias estaban dirigidas al nivel micro (Figura 15, Apéndice 1). Aunque las intervenciones dirigidas directamente al personal y a los establecimientos sanitarios pueden ser motivadoras y pueden fomentar el compromiso local para optimizar la calidad,[218] las personas tienden a recaer en hábitos arraigados, en especial cuando los sistemas circundantes no apoyan la transformación.[23] Las intervenciones a pequeña escala pueden traer aparejados efectos perjudiciales al igual que la superposición de intervenciones en los lugares de atención. Implementar dichas intervenciones demanda una gran cantidad de atención por parte de los directivos, por lo que es posible que otras prioridades queden relegadas.[219,220] Esto plantea el desafío de cómo incorporar las iniciativas a pequeña escala como parte de reformas más amplias que mejorarán los sistemas de salud.

Una agenda destinada a transformar la calidad asistencial se basa en la premisa de que los sistemas de

salud son sistemas complejos y flexibles, en los que varios de sus componentes interactúan de manera inesperada y, a menudo, pueden producir resultados imprevistos.[221,222] Estos sistemas se caracterizan por ser resistentes a los cambios, y las intervenciones difusas y aisladas, en especial aquellas a nivel micro, probablemente no generen mejoras a gran escala.[221,223] Un ejemplo de esto es la proliferación del uso de tecnologías para la salud en los lugares de atención; que tuvo muy poca repercusión a escala o impacto comprobado en la salud en los PBMI. Al mismo tiempo, la evidencia[23] sobre salud y otros sectores muestra que los sistemas complejos y flexibles pueden prosperar si los actores dentro del sistema poseen una visión compartida, reglas claras y oportunidades que permitan una evolución y un aprendizaje. Investigaciones[224] sobre economía del comportamiento observaron que los sistemas eficaces crean una arquitectura de la elección que ayuda a obtener los objetivos previstos y reducir los efectos perjudiciales. La arquitectura de la elección comprende aquellos elementos de un sistema que influyen en las elecciones y en el comportamiento, incluyendo el flujo de información, los incentivos, la presentación de opciones y los contextos en los que se lleva a cabo la toma de decisiones.[224] Impulsar o guiar a las personas en una dirección particular respetando su elección inicial es una estrategia común de la economía del comportamiento; sin embargo, el propósito más amplio es alinear las motivaciones, los incentivos, la supervisión y la gestión en todos los niveles para promover mejores acciones.

Proponemos un nuevo enfoque de mejoramiento que aborda la magnitud de los desafíos que conlleva optimizar la calidad y reconoce el carácter complejo y adaptativo de los sistemas de salud. Este enfoque destaca las reformas a nivel macro, que denominamos acciones universales, que no solo permiten determinar y escalonar cambios sistémicos en todos los niveles del sistema sanitario, sino que también definen el papel que deben desempeñar las estrategias dirigidas a los niveles meso y micro. Las estrategias a nivel macro son las que mejor pueden abordar las estructuras sociales, políticas, económicas y organizacionales que dan forma al sistema de salud. Las intervenciones a nivel meso (subnacionales) buscan optimizar la calidad asistencial mediante la coordinación y la gestión de una red de establecimientos y comunidades. Además, las intervenciones a este nivel están bien posicionadas para mejorar la comunicación y el aprendizaje entre los establecimientos y en todos los niveles del sistema de salud. Por último, las intervenciones a nivel micro tienen como objetivo influenciar de forma directa el desempeño del personal o el funcionamiento de los establecimientos de salud. En el Apéndice 2, se presentan ejemplos de intervenciones llevadas a cabo en los tres niveles del sistema de salud.

Mejorar la calidad asistencial en todo el sistema de salud requerirá del esfuerzo de las distintas partes interesadas, tales como los proveedores, administradores del sistema

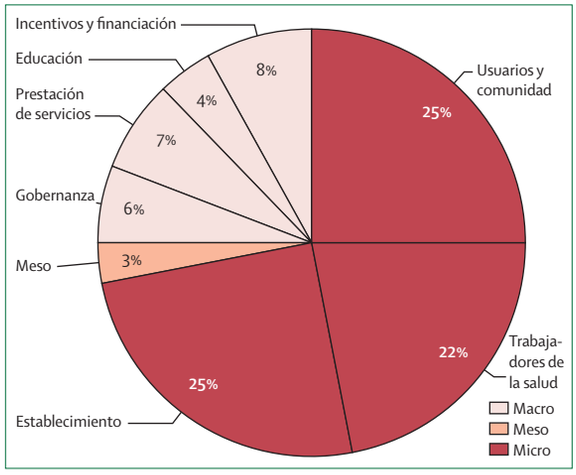

Figura 15: **Tipos de intervenciones y niveles para mejorar la calidad de la atención primaria de salud de acuerdo con la literatura publicada desde 2008 hasta 2017**

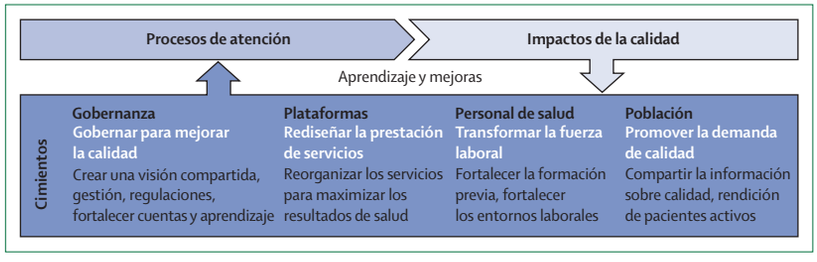

Figura 16: Acciones universales para mejorar la calidad asistencial

de salud y comunidades; no obstante, los jefes de estado y ministros deben dar el puntapié inicial a través de su compromiso político. Los socios mundiales para el desarrollo pueden y deben brindar asistencia, pero no deben liderar esta agenda. Será fundamental contar con contribuciones de todo el sistema de salud, incluido el sector privado, y otros sectores fuera del ámbito de la salud. Cabe destacar que los primeros beneficios en la calidad probablemente se observen luego de algunos años, mientras que las mejoras más significativas podrían percibirse más tarde. Las personas en todo el mundo tienen derecho a recibir una atención respetuosa y efectiva, y ahora es el momento adecuado para emprender esta tarea.

Acciones universales para mejorar la calidad

Esta Comisión recomienda cuatro acciones universales para elevar la calidad del sistema de salud: gobernar para mejorar la calidad, rediseñar la prestación de servicios para optimizar la calidad, transformar la fuerza laboral sanitaria y transmitir a la población la importancia de exigir una atención de alta calidad (Figura 16). Estas acciones están basadas en los éxitos y fracasos de todos los países, en las mejores prácticas de aquellos sistemas sanitarios que presentan un alto desempeño, en investigaciones y evaluaciones, y en la experiencia y

reflexiones de los Comisionados. Esta Comisión entiende a estas acciones universales como el comienzo de un cambio paradigmático hacia una agenda más ambiciosa para el mejoramiento de los sistemas de salud. Además de estas acciones universales, los países pueden seleccionar las oportunidades específicas que mejor se adapten a sus necesidades y entornos. Todas las acciones universales y focalizadas parten de la disponibilidad de insumos adecuados que posean los sistemas de salud, tales como personal, medicamentos y equipos. La composición, diseño e implementación adecuados de la agenda de mejoramiento variarán según el país, ya que las estrategias que funcionan en un contexto podrían no funcionar en otro. Los países deben realizar un seguimiento de la implementación de esta agenda a fin de poder realizar modificaciones y evaluar los efectos en la salud y en otros resultados valorados.

Acción universal 1: Gobernar para mejorar la calidad

Transformar el sistema de salud en su totalidad implica que la mejora y el mantenimiento de la calidad sean parte integral de la estructura de un sistema de salud. Gobernar para mejorar la calidad asistencial significa reformular la búsqueda de una atención médica de calidad a modo de que ya no sea una actividad periférica sino la razón de ser del sistema sanitario, y asegurar que el compromiso asumido con la calidad realmente se transforme en acciones que mejoren la salud de las personas.[225,226] Esta acción universal incluye varios elementos: adoptar una política y una estrategia de calidad nacionales, mejorar la capacidad de gestión en todos los niveles del sistema de salud, fortalecer la regulación y la responsabilidad, y recolectar datos del sistema sanitario y aprender de ellos.

Gobernar para mejorar la calidad requiere establecer un compromiso político de alto nivel que parta de una visión compartida sobre la atención de salud y traducir este compromiso en acciones concretas en el sistema sanitario (Recuadro 13). Las políticas y estrategias bien alineadas deben basarse en esta visión, en definiciones de calidad aceptadas por la localidad y en objetivos nacionales que permitan obtener resultados mejorados.[212] En respuesta a las consultas realizadas por distintos países sobre cómo diseñar e implementar estas políticas

Recuadro 13: **Gobernar para mejorar la calidad: Lecciones de Nepal y Argentina***

La ausencia de compromiso de las partes interesadas produjo mejoras mínimas en la calidad asistencial en Nepal

En 2007, Nepal aprobó la política Quality Assurance in Health-care Services con el objetivo de garantizar la "calidad en los servicios prestados por los sectores gubernamentales, no gubernamentales y privados conforme a las normas establecidas" y crear un "organismo autónomo que garantice un proceso de toma de decisiones imparciales respecto de los servicios de salud". Once años más tarde, los resultados de esta política continúan siendo variados.

¿Por qué esta política no generó un fuerte impacto? Por un lado, este programa se creó sin una visión compartida y sin la aprobación de las partes interesadas, entre ellas el Ministerio de Salud. Por otra parte, los asociados más importantes, tales como el Ministerio de Educación, no realizaron aportes significativos. Asimismo, los hacedores de políticas no pudieron formular una definición de calidad consensuada ni acordar indicadores para medir los avances. Nunca se llegó a concretar la creación de un organismo autónomo para garantizar la calidad asistencial, el cual constituye un elemento clave de esta política. Si bien se creó un área para asegurar la calidad en el Departamento de Servicios de Salud, esta sección tiene poca influencia sobre otras unidades del Ministerio.

La ausencia de un compromiso político y la falta de participación de las partes interesadas provocaron que gran parte de los objetivos de esta política no se concretaran y que se continúen brindando servicios de baja calidad en los establecimientos de salud.[A90]

Fuente: Amit Aryal y Franziska Fuerst.

Gobernar para mejorar la calidad con mecanismos sólidos de rendición de cuentas en Argentina

En 2005, Argentina implementó un programa complementario de seguros públicos (SUMAR), diseñado para aumentar el acceso a un cuidado de la salud de calidad para niños y mujeres embarazadas sin seguro médico y para abordar las diferencias en los índices de mortalidad infantil y materna.[A91,A92] El programa está acreditado para disminuir la probabilidad de bajo peso al nacer entre los beneficiarios al 19%.[A91]

Dado que Argentina posee un sistema de salud nacional descentralizado, el éxito que alcanzó el programa SUMAR se debe a que esta iniciativa contó con compromisos políticos de alto nivel, adhesión de los gobiernos provinciales y mecanismos de acceso a la información bien diseñados para garantizar la rendición de cuentas. El programa se estableció mediante un decreto presidencial que luego fue aprobado por los gobiernos provinciales mediante un convenio de colaboración con sus respectivos proveedores. Cada año se lleva a cabo una revisión del convenio en función de la rendición de gastos y las metas que deben alcanzarse. Los compromisos nacionales y las implementaciones provinciales se alinearon mediante normas claras y organismos de control multidisciplinarios que se encargan de supervisar el rendimiento. Cada provincia cuenta con una oficina del programa que debe enviar informes periódicos a un organismo nacional. La supervisión centralizada de los fondos transferidos a las provincias ayudó a fortalecer la rendición de cuentas a nivel local. Las provincias son las responsables de inscribir a los beneficiarios, organizar la provisión de los servicios y pagar a los proveedores.

Fuente: Programa SUMAR, Argentina. *Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

y estrategias de atención de salud, la OMS elaboró un manual de estrategias y políticas nacionales para la calidad (National Quality Policy and Strategy Handbook).[212] Este manual describe ocho elementos de la estrategia y establece que la calidad debe elevarse a nivel nacional y debe convertirse en una prioridad en todos los sectores. En teoría, estas políticas y la estrategia ligada a estas deberían describir los roles y responsabilidades de las organizaciones y los actores que contribuyen a mantener y optimizar la calidad de la atención médica. Para coordinar estos elementos, se debe diseñar un plan, de modo que los programas de mejoramiento de la calidad estén armonizados para maximizar el aprendizaje y los resultados a nivel de sistema.[227] Por ejemplo, un análisis[228] de encuestas administradas a 310 directivos del sistema sanitario de México reveló que existía una coordinación insuficiente entre las agendas de mejoramiento de la calidad y un sistema de roles y responsabilidades poco definidos, que representaban un obstáculo importante para traducir las políticas federales en mejoras para la calidad asistencial. El desarrollo eficaz de una visión compartida y de políticas y estrategias, al igual que la coordinación e implementación efectiva de estas son necesarios para diseñar una arquitectura de la elección para los sistemas de salud a partir de la cual los pacientes y proveedores puedan tomar decisiones que eleven la calidad asistencial y produzcan buenos resultados de salud.

Mejorar la calidad del sistema sanitario requiere la intervención de varios sectores y partes interesadas. Gobernar para mejorar la calidad implica coordinar estas relaciones y convocar a las partes interesadas bajo la visión compartida de realizar mejoras sostenibles a gran escala tanto en la calidad como en los resultados de salud.[229] Los procesos integradores en los que se convoca a una diversidad de voces para resolver problemas son procesos complejos y difíciles de gestionar, pero ayudan a concretar acciones para elevar la calidad. Además, promueven iniciativas innovadoras y conducen a soluciones más integrales.[230] Desarrollar asociaciones representa un gran desafío, ya que implica alinear todas las partes interesadas, incluidos los contribuyentes internacionales, con las necesidades y prioridades nacionales. Por ejemplo, en 2016, solo el 16% de la asistencia brindada para el desarrollo de la salud se destinó a fortalecer los sistemas sanitarios, a pesar de que existe evidencia que comprueba que la financiación dirigida a abordar una condición de salud específica puede comprometer la calidad de la atención en general y excluir los servicios de salud actuales.[231–233]

Adoptar políticas y estrategias nacionales de calidad e involucrar a las partes interesadas requiere no solo de fuertes habilidades de liderazgo, sino también de una buena gestión en todos los niveles del sistema de salud para emplear con eficacia los recursos disponibles y así llevar a cabo el objetivo de prestar una atención de alta calidad.[234] A pesar de que existe una asociación entre las intervenciones destinadas a fomentar la capacidad de gestión en todos niveles y un mejor desempeño del sector sanitario, los mandos intermedios a nivel regional o distrital podrían desempeñar un papel importante a la hora de implementar las políticas.[235,236] Si bien la literatura resalta de forma constante la importancia de llevar a cabo una buena gestión en todos los niveles del sistema de salud, no se ha hecho hincapié en desarrollar la capacidad de gestión en los servicios sanitarios de los PBMI.[235,23] Los datos obtenidos de varios entornos de PBMI revelaron que la gestión es un factor fundamental que marca la diferencia entre los establecimientos que presentan un buen desempeño de aquellos que no.[237,238] Bradley y otros[235] describieron ocho habilidades de gestión claves y recomiendan diseñar programas de formación para que los profesionales en gestión puedan desarrollar dichas habilidades. Entre estas habilidades se incluyen pensamiento estratégico y resolución de problemas, gestión de recursos humanos, gestión financiera, gestión de operaciones, gestión de desempeño y de responsabilidad social, gobernanza y liderazgo, análisis político y diálogo, y evaluación y compromiso de la comunidad y del usuario. Existen ejemplos de programas de formación eficientes[239,240] en varios entornos, incluyendo a Etiopía,[239] en donde el desempeño de los hospitales mejoró bajo la gestión de egresados de la maestría en administración de hospitales y atención de salud.

Los mecanismos sólidos de control, conocidos como regulaciones eficientes, y la transparencia que se genera mediante supervisión, mediciones y prácticas de información adecuadas promueven la rendición de cuentas tanto horizontal, dentro del sector de salud, como vertical, ante la sociedad civil y los ciudadanos. Los mecanismos de rendición de cuentas, a su vez, deberían basarse en el liderazgo y la gestión, proceso que puede ayudar a identificar un conjunto complejo de ámbitos de control (p. ej., personal sanitario, establecimientos y prestación de servicios) que pueden ser monitoreados por varias instituciones. La experiencia del uso de enfoques colaborativos multidimensionales, que abarcan un conjunto de regulaciones, mecanismos de reparación jurídica y la formación de inspectores del sector público y privado, en la regulación de medicamentos revela que la adopción de este tipo de enfoques probablemente sea más efectiva en los sistemas de salud mixtos.[242] Estos mecanismos de rendición de cuentas también deberían supervisar la alternancia de los proveedores entre el ejercicio público y privado.[243] Muchos PBMI aún no han llevado a cabo dos acciones importantes para tal fin que comprenden recabar información sobre el ejercicio privado de la atención médica (consulte la Sección 4 para obtener más información) y mantener la capacidad de realizar un monitoreo constante. Es importante destacar que las regulaciones que rigen el ejercicio privado de la medicina a nivel local varían considerablemente y deben analizarse en detalle.

Finalmente, los organismos de control que pueden imponer el cumplimiento de dichas regulaciones en las instituciones del sector público y privado muchas veces de la calidad asistencial y brindar el espacio para que se desempeñe como tal. Las organizaciones profesionales que monitorean el desempeño de sus miembros cumplen una función elemental en la optimización de la calidad de los sistemas de salud, dado que promueven entre sus miembros un alto desempeño profesional y aplican sanciones a aquellos que no cumplen con los estándares mínimos. La autorregulación se utiliza de manera ineficaz en los PBMI, ya que en estos países las organizaciones profesionales defienden principalmente los intereses de sus miembros. La experiencia de autorregulación en los sistemas de salud en entornos de ingresos altos demuestra que el privilegio y la responsabilidad que conlleva esta práctica fomentan el profesionalismo y el sentido de responsabilidad ante las personas y también contribuyen a reducir los costos de transacción para los gobiernos. Por ejemplo, en Canadá,[245] los médicos pueden autorregular de manera eficiente todos los aspectos de la profesión, que incluyen desde establecer exámenes de ingreso estandarizados a nivel nacional hasta supervisar y corregir las prácticas incorrectas de los profesionales en ejercicio. Sin embargo, la autorregulación no está exenta de desafíos, tal y como lo demuestra el ejemplo del Reino Unido,[246] país que decidió implementar un modelo de monitoreo conjunto entre el gobierno y los profesionales a raíz de una serie de escándalos que involucraron a profesionales de la salud y que tuvieron una amplia difusión. Cuando los grupos profesionales tienen la principal responsabilidad fiduciaria, se debe procurar que tanto los profesionales en ejercicio como los ciudadanos participen de los procesos de gobernanza y que no se produzca una fragmentación innecesaria de responsabilidades normativas.[247] Las organizaciones profesionales también pueden promover una práctica profesional de calidad a través de la formación médica continuada y una estrecha colaboración con los gobiernos para abordar la problemática de la calidad. Por ejemplo, hace más de un siglo que la Asociación Médica de Filipinas reclama mejoras en la formación médica, la infraestructura de los establecimientos sanitarios y la regulación de productos farmacéuticos.[248]

La participación social en salud, en especial para los grupos más marginados, tiene un valor intrínseco, dado que constituye un derecho humano, y un valor instrumental, ya que ayuda a elevar la calidad asistencial y promover la responsabilidad social de los sistemas de salud.[249] Las personas y las comunidades son expertos en sus experiencias locales y, con un apoyo más calificado, pueden emplear estos conocimientos para ayudar a crear soluciones valiosas para la problemática de la calidad asistencial.[250,251] Además, la participación social puede incrementar la utilización y sostenibilidad de los servicios de salud.[252,253] Si bien la composición de la sociedad civil varía por país, la capacidad de este sector para exigir rendición de cuentas a los gobiernos por la prestación de servicios de salud de alta calidad radica en la diversidad de perspectivas, las oportunidades para participar y actuar, y la disponibilidad de información precisa y comprensible.[243,249,252,253] La sociedad civil puede tener un peso particularmente importante cuando se adopta un marco de derechos humanos que le permite abogar por ellos.[253] Por ejemplo, en Uganda,[254] el Center for Health, Human Rights, and Development frecuentemente emplea vías legales para exigir a los hacedores de políticas iniciativas en aspectos como medicamentos esenciales, atención materna segura y respetuosa, y trato digno para los pacientes con discapacidades.

La acreditación institucional emplea evaluadores externos para valorar el rendimiento de los centros de salud en función de estándares de atención médica. Si bien se suele citar a este proceso como un mecanismo de rendición de cuentas en materia de calidad, una revisión del alcance de distintas revisiones llevada a cabo por esta Comisión halló que no pudo determinarse el efecto directo de la acreditación institucional en la calidad asistencial (Apéndice 1).En una revisión sistemática de las estrategias de mejoramiento se encontró que la acreditación institucional tuvo una mediana del tamaño del efecto moderada que fue de 7·1 puntos porcentuales para las mejoras en los resultados de calidad (Apéndice 1).[255] No obstante, la acreditación puede afectar la calidad indirectamente a través de una gestión más eficiente, el desarrollo profesional y la capacidad de los establecimientos para impulsar cambios.[256]

El mejoramiento comprende la generación continua de datos relevantes que miden el desempeño y los resultados, así como también la traducción de estos datos en acciones. Estos procesos constituyen un sistema de aprendizaje[226,257] que facilita el diseño de programas y reformas que se basa en la evidencia más sólida disponible (ya sea global, regional o local) y las prácticas más eficientes. Las nuevas iniciativas deben incorporar mediciones, evaluaciones y mecanismos para poder transmitir de manera efectiva estos resultados a las personas encargadas de informar la adaptación de los servicios mediante el uso continuo de datos. Asimismo, los sistemas de aprendizaje deben identificar a aquellas personas y establecimientos que poseen el mejor desempeño, aspecto que se trató con mayor detalle en la Sección 2, y determinar los factores que explican este rendimiento.

El objetivo de conocer y mejorar de forma activa el sistema de salud mediante este conjunto de procesos intencionales debería

articularse y materializarse primero mediante las acciones del personal directivo y luego debería reflejarse en los mandos intermedios y el personal de primera línea. Este objetivo del sistema debería convertirse en el principio rector primario que genere la motivación para el mejoramiento del sistema a lo largo del tiempo y por el cual los representantes del sistema de salud se consideran

responsables.[258] A fin de promover el mejoramiento, los planificadores deben optimizar el diseño de los sistemas en función de las lecciones aprendidas y de la retroalimentación proporcionada por directivos del sistema, supervisores y personal de primera línea. Es de suma importancia desarrollar sistemas de aprendizaje que funcionen correctamente, debido a la limitada base empírica que existe para el desarrollo de intervenciones de mejoramiento de la calidad y la amplia variación en los tamaños del efecto registrada entre los estudios y los contextos. Los sistemas de aprendizaje garantizan que las correcciones de rumbo que efectúen los planificadores se basen en datos específicos del contexto. Los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad, que se describen con mayor detalle en el siguiente apartado, constituyen una estrategia a nivel meso que ilustra este enfoque.

Un análisis realizado por esta Comisión sobre la experiencia de cinco países que llevaron a cabo la acción de gobernar para mejorar la calidad reveló lecciones prácticas para implementar los principios descriptos más arriba (en el Apéndice 1 se presentan los métodos). Es probable que los trabajadores de la salud de establecimientos a nivel distrital no conozcan las políticas y estrategias de mejoramiento de la calidad o no comprendan las consecuencias que entrañan estas políticas y estrategias para su trabajo diario. Cabe destacar que la difusión y traducción de políticas y estrategias debe asignarse formalmente e incluirse tanto en las descripciones de las funciones de los directivos del sector público como en las revisiones del desempeño de estos directivos. Adicionalmente, el personal sanitario podría verse afectado por la distracción y el desconcierto que genera la aplicación de una multiplicidad de políticas y por el hecho de que los mandatos cuenten con una coordinación deficiente y, en ocasiones, sean conflictivos. Se incentiva a los países a que revisen todas las políticas que atañen al personal de primera línea, ya que dicha revisión permite eliminar aquellas políticas que se superponen o son incompatibles, lo que redunda en un conjunto coherente de políticas en función de la perspectiva de los prestadores de servicios. Por ejemplo, una enfermera que trata a un paciente con diabetes y tuberculosis latente en la atención primaria se beneficiaría si el centro de salud contara con una única política de calidad en vez de dos documentos separados para cada una de estas enfermedades.

En el análisis realizado por la Comisión participaron informantes de todos los niveles del sistema de salud que analizaron los desafíos que presenta el uso adecuado de datos de todo el sistema. Si bien la generación y traducción de datos debe comenzar a nivel local, es necesario que exista con una coordinación central de estos datos para que se alcancen mejoras en la totalidad el sistema. Sugerimos la creación de espacios planificados para el intercambio de información, tales como reuniones dirigidas por los distritos, para aprender de la evidencia generada. Además, se puede compartir con el personal de primera línea aquellos casos que obtuvieron resultados positivos gracias a una recopilación precisa de datos y una eficaz traducción de estos datos en acciones a fin de promover mejoras y atención médica de calidad continuadas.

Acción universal 2: Rediseñar la prestación de servicios para optimizar la calidad

La mayoría de los sistemas de salud en los PBMI se diseñaron originalmente para prestar una atención episódica básica, en especial para enfermedades infecciosas. Muchos sistemas no se han adaptado al entorno y los desafíos cambiantes que presenta la prestación de servicios médicos a personas con enfermedades crónicas, enfermedades mentales y lesiones y patologías más complejas.[20] Mientras los hospitales y establecimientos de salud con mayor capacidad de diagnóstico y tratamiento están atestados de pacientes estables que pueden tratarse en centros de atención primaria, varios centros de salud de primer nivel se ven obligados a manejar casos que exceden su capacidad.[259,260] Cabe mencionar que los sistemas de salud que poseen una organización deficiente causan pérdidas de vidas humanas, malgastan recursos limitados y desmotivan a los ciudadanos.

Para abordar esta problemática, esta Comisión propone una reforma de la prestación de servicios centrada en la calidad: reorganizar los servicios del sistema de salud para maximizar de manera eficaz los resultados de salud y la confianza del usuario, en lugar de optimizar únicamente el acceso geográfico a los centros de salud. Una reforma en la prestación de los servicios utiliza los recursos existentes de los sistemas sanitarios para prestar servicios en el nivel apropiado y brindar una atención de salud de la mayor calidad posible.

En primer lugar, se debería transferir la prestación de algunos servicios a la atención primaria. La atención primaria competente es un indicador de los principios básicos de continuidad, coordinación, integralidad y contacto inicial, y ofrece los servicios ideales para tratar condiciones crónicas y estables que requieren una interacción más prolongada con el sistema de salud (p. ej., enfermedades no transmisibles y VIH estable o infección por tuberculosis), atención preventiva (p. ej., vacunación, atención prenatal o atención infantil rutinaria y seguimiento del crecimiento) y servicios para la atención de enfermedades leves que emplean algoritmos (p. ej., atención de niños pequeños y lesiones y enfermedades en adultos).[20,36] La atención primaria también puede brindar cuidados paliativos competentes en entornos cercanos al usuario en colaboración con familias, cuidadores comunitarios y personas que brindan apoyo espiritual.[36]

En los PMBI, la implementación parcial de la prestación de servicios centrados en la calidad revela los beneficios

que genera la transferencia de estos servicios a los niveles primarios. En la atención del VIH, el tratamiento de pacientes estables en centros de atención primaria ha producido resultados impresionantes y los pacientes diagnosticados pueden iniciar el tratamiento en sus comunidades.[261] Esto propicia una disminución en la cantidad de pacientes que acuden a centros de especialidades centralizados, lo que permite a los profesionales calificados enfocarse en casos más complicados, como fallas en el tratamiento del VIH.[260] Un metaanálisis de estudios llevados a cabo en distintos países[262] en los que participaron 39 090 pacientes con VIH reveló que aquellos pacientes que se trataban en la atención primaria tenían la mitad de probabilidades de perderse durante el seguimiento que aquellos bajo tratamiento en una clínica de VIH centralizada. Con respecto a la atención de la tuberculosis, la implementación de modelos comunitarios también resulta sustancialmente más económica.[263] La atención primaria brinda el tratamiento más adecuado de las enfermedades no transmisibles y sin complicaciones, dado que en este nivel los proveedores realizan un monitoreo efectivo y continuo de los pacientes con enfermedades crónicas y crean las relaciones que conforman los cimientos de una comunicación y asesoramiento eficaces sobre cuáles constituyen cambios importantes en el estilo de vida.[20] Cabe destacar que en varios PBMI los modelos actuales de atención primaria son obsoletos e inadecuados para poder cumplir con estas nuevas funciones del nivel primario. Se necesita una nueva concepción de las funciones, capacidades y conexiones de la atención primaria con los servicios especializados, en especial en los contextos urbanos.[20,264] Por ejemplo, la experiencia en contextos de ingresos altos sugiere que la atención ambulatoria, aquella que se brinda a través de consultas virtuales o telefónicas, tiene el potencial de ampliar el alcance de la atención primaria para tratar enfermedades leves.[265]

Por otra parte, los hospitales que cuentan con servicios de emergencias están más preparados para tratar enfermedades graves o crónicas que tienen un mayor riesgo de mortalidad o morbilidad severa. El nivel de atención apropiado para realizar ciertos procedimientos quirúrgicos se debe determinar en función de la disponibilidad de habilidades técnicas, unidades de cuidados intensivos y equipos de laboratorio y diagnóstico por imagen, y también según la gravedad de la condición y el volumen quirúrgico estimado. Los centros especializados de atención terciaria brindan la atención más apropiada para tratar condiciones complejas o poco frecuentes.

La atención médica que se brinda en hospitales que cuentan con servicios quirúrgicos y especializados de atención neonatal reporta beneficios para la atención del parto, ya que pueden surgir complicaciones imprevistas que requieren atención médica inmediata y especializada.[266] Sin embargo, en los países de ingresos bajos, una proporción considerable de la atención obstétrica y neonatal se presta en establecimientos de atención primaria que no poseen la especialización ni la capacidad obstétrica adecuadas.[267] Las mujeres y recién nacidos que desarrollan complicaciones en clínicas de atención primaria tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, dado que en estos centros los sistemas de derivación y de traslado a establecimientos de mayor complejidad son ineficientes.[267,268] Por este motivo, varios países de ingresos medios y altos dictaminan que todas las mujeres den a luz en hospitales que posean servicios quirúrgicos y especializados de atención neonatal o cerca de estos.[269] El nivel de atención primaria presenta déficits estructurales de trabajadores de la salud altamente calificados y cirugías que podrían explicar los resultados obtenidos en el ensayo Better Birth.[39,270] Este estudio controlado aleatorio y amplio reveló que la implementación de una lista de verificación de la seguridad del parto y la capacitación de enfermeras y parteras en centros de atención primaria en India no lograron reducir la morbilidad o mortalidad materna y neonatal. Analizamos las consecuencias prácticas que tiene la transferencia de la atención del parto a hospitales en un modelo geográfico que vinculó los establecimientos a aquellas mujeres embarazadas en seis PMBI (Malaui, Haití, Tanzania, Kenia, Namibia y Nepal; en el Apéndice 1 se describen los métodos empleados). Hallamos que las reformas que se efectuaron en la atención médica del parto generaron beneficios importantes en la calidad técnica de la atención que reciben las mujeres embarazadas sin modificar la calidad interpersonal y solo produjeron un aumento mínimo en la cantidad de mujeres que se encuentran a más dos horas de distancia del centro de atención más cercano. En Tanzania, por ejemplo, los puntajes que obtuvieron los hospitales en mediciones básicas de la calidad de la atención del parto duplicaron aquellos alcanzados por centros de atención primaria y, en consecuencia, la transferencia de la atención de todos los partos a hospitales redundó en mejoras en la calidad asistencial. Si bien estas transformaciones incrementaron la distancia promedio hasta los establecimientos de salud que atienden partos para los habitantes de zonas rurales, solo el 27% de las mujeres embarazadas residía a más de dos horas del establecimiento más cercano en Tanzania, en comparación con el 17% de mujeres en la actualidad. En el resto de los países, como consecuencia de estas reformas, entre el 1% y el 7% de las mujeres vive a más de dos horas de distancia del establecimiento de salud más cercano. Asimismo, estas modificaciones pueden mejorar la eficiencia, ya que permiten redireccionar los recursos empleados para brindar atención obstétrica en miles de centros a un número más reducido de hospitales, lo que promueve la integración de la atención entre los distintos establecimientos y el trabajo conjunto con las comunidades, y permite realizar traslados a los hospitales.

Para que las reformas centradas en la calidad produzcan los resultados deseados es fundamental contar con sistemas sólidos de comunicación y derivación junto con

inversiones y participación de sectores que no pertenecen al ámbito de la salud. Las herramientas que facilitan la implementación de estas reformas incluyen mejoras en el sistema de transporte (p. ej., servicios comunitarios de taxi y ambulancia),[271] comunicación (aprendizaje dirigido por el distrito, que se describe en el siguiente apartado), medidas para reducir las barreras de acceso a establecimientos de alta calidad (p. ej., cupones y hogares maternos)[272,273] y educación pública para que la población esté informada sobre los establecimientos que brindan la atención médica más adecuada.[274] La combinación de intervenciones e incentivos debe centrase en el contexto local, haciendo hincapié en facilitar el acceso de las subpoblaciones más marginadas a una atención médica de alta calidad. En cualquier país, planificar una reforma de la prestación de servicios centrada en la calidad requerirá un análisis del número de pacientes, la capacidad quirúrgica y de camas, la capacidad de los proveedores en los establecimientos hospitalarios actuales y las posibles mejoras que se pueden realizar de los centros de salud para que puedan brindar una atención de alta calidad, así como también la consideración de aspectos tales como el transporte, los costos y la promoción de las demandas de la comunidad.[275]

Acción universal 3: Transformar la fuerza laboral

Los datos presentados en la Sección 2 mostraron que los profesionales de la salud suelen llevar a cabo menos de la mitad de las medidas de atención basadas en evidencia recomendadas y que distintos países y condiciones de salud presentan bajos índices de precisión diagnóstica. Un análisis realizado por la Comisión demostró que los tres primeros años de práctica de los proveedores también se caracterizan por una baja precisión diagnóstica, lo que sugiere que la formación previa al servicio profesional probablemente no fue la adecuada para el buen desempeño de los proveedores (Apéndice 1)[276] Es posible que en los próximos años el nivel de conocimientos y competencias que posee el personal de salud sea aún más bajo que en la actualidad debido a la rápida expansión de instituciones de formación profesional del personal de salud, lo que genera una disminución de recursos curriculares y académicos que ya resultan insuficientes.[277,278] A pesar del peligro que esto representa para la calidad de la atención de salud en los PBMI, la optimización de la formación de los profesionales sanitarios no ha sido un elemento central del debate sobre mejoramiento que se genera en estos países.[279] En la revisión del mejoramiento de la calidad de la atención primaria antes mencionada, solo 16 de 379 artículos abordaron la formación previa al servicio de los profesionales de la salud (Figura 15). Los programas de formación en servicio no son métodos efectivos para subsanar estas deficiencias;[280] para este fin, se deben realizar reformas en la formación profesional de modo que proporcione las herramientas adecuadas para que los profesionales puedan brindar una atención de alta calidad. La Comisión *Lancet*[277,281] sobre profesionales de la salud para el nuevo siglo y la Comisión *Lancet* on the future of health in sub-Saharan Africa describieron los pasos que deben seguirse para abordar las brechas de calidad que caracterizan al personal de la salud. En primer lugar, la formación de los profesionales de la salud debería centrarse en la adquisición de competencias a través de procesos como aprendizaje activo, prácticas clínicas en las primeras etapas de formación y aprendizaje basado en problemas. La definición de las competencias necesarias se debe realizar en función de las deficiencias y necesidades de cada país y debe abarcar otros dominios además de las habilidades técnicas de los profesionales. Las competencias básicas también deben incluir la atención ética, respetuosa y compasiva, y los principios básicos del pensamiento sistémico y mejoramiento de la calidad.

Es importante mencionar que el funcionamiento de los sistemas continuará siendo ineficiente si el personal no posee una formación que le permita realizar mejoras.

En segundo lugar, para elevar la calidad de la formación clínica se debe abordar la problemática de la falta de personal en varias escuelas profesionales de salud en los PBMI y considerar el apoyo que se brinda a la enseñanza de calidad.[278] Las posibles soluciones para enfrentar estos desafíos incluyen aumentos salariales, ampliación de oportunidades de desarrollo profesional, uso de instrumentos de la política estatal para que los profesionales en ejercicio capaciten a los practicantes y pequeños incentivos, tales como alojamiento gratuito o telecomunicaciones.[278] Por último, las instituciones educativas de salud deben implementar políticas de selección y permanencia de los estudiantes para aumentar la representatividad de la población de estudiantes.[252,282,283] Distintos estudios demostraron que existe una asociación entre aquellas interacciones que se producen entre proveedores y pacientes con características raciales, culturales, étnicas y lingüísticas similares, y la percepción de una atención de mejor calidad, un mayor grado de satisfacción con los servicios brindados y una mejor comunicación con los profesionales.[284,285] Cabe destacar que se debe respaldar las modificaciones realizadas en las instituciones de educación superior con buena gobernanza y formulación de políticas basadas en la calidad. En este sentido, la coordinación intersectorial entre los ministerios de salud y de educación contribuiría a crear un vínculo más directo entre la formación del personal sanitario y las necesidades del sistema de salud.[281]

En tercer lugar, los proveedores de salud también necesitan un entorno laboral que les permita prosperar después de graduarse. Sin embargo, varios profesionales de la salud trabajan en condiciones difíciles que se caracterizan por salarios inadecuados y atrasos salariales, altas cargas de trabajo, indefinición de responsabilidades, falta de oportunidades para el crecimiento y malos tratos por parte de colegas y pacientes[276,286,287] Además de

producir una baja calidad asistencial, estas condiciones laborales causan agotamiento y angustia mental en los proveedores de salud y una baja permanencia de estos en los establecimientos sanitarios.[287–289] Por el contrario, los profesionales motivados tienen menos probabilidades de tomar malas decisiones o cometer errores médicos, y mayores probabilidades de mostrarse empáticos con los pacientes.[290] A fin de fomentar la motivación y el compromiso del personal para brindar una atención de calidad, es fundamental ofrecerles buenas condiciones de trabajo, pago regular de los salarios, apoyo clínico y oportunidades para aprender y crecer como profesionales.[286,291,292]

La OMS recomendó una serie[29]3 de políticas de trabajo digno para brindar apoyo a los proveedores que garantizan la salud y la seguridad laborales, condiciones justas para el personal, promoción basada en el mérito y entornos positivos para la práctica profesional. Además de desarrollar políticas más amplias, esta organización publicó en el 2017 una revisión[294] en la que recomendó una serie de pasos que los establecimientos sanitarios deben seguir para fomentar la satisfacción y el compromiso entre su personal. Estos pasos implican llevar a cabo un proceso inicial de consulta para conocer las prioridades del personal, luego, se debe identificar y eliminar aquellos aspectos que generan las principales molestias, introducir correcciones simples y emplear métodos de la ciencia del mejoramiento a fin de fomentar cambios a gran escala que propicien entornos de trabajo sustancialmente más gratificantes y satisfactorios. Si bien los reportes iniciales sugieren que estos enfoques pueden fortalecer el sentido del propósito, no se ha podido determinar con exactitud la eficiencia de estas intervenciones para optimizar la atención en los PBMI, ya que gran parte de este trabajo comenzó hace pocos años.

Acción universal 4: Transmitir a la población la importancia de exigir una atención de alta calidad

Los sistemas de salud de alta calidad responden a las expectativas de la población, pero si estas expectativas son bajas a causa de un historial de desempoderamiento y una baja calidad asistencial, no se lograrán mejoras en la atención de salud.[295] Tal y como se mostró en la Sección 2, cuando las expectativas son bajas, los usuarios suelen calificar la baja calidad asistencial observada como alta. Como resultado, los sistemas de salud pueden ignorar los problemas de calidad. Además de presionar a los sistemas sanitarios para que efectúen mejoras, generar una demanda de calidad en los servicios médicos mediante el intercambio de información incrementaría la rendición de cuentas de los sistemas (consultar la acción universal 1) y además, brinda una base ética: a fin de que los pacientes puedan tomar decisiones de manera autónoma, deben tener acceso a información útil acerca de la calidad asistencial.[296] Esto es fundamental dada la asimetría de información y poder que existe entre los pacientes y los proveedores. Finalmente, la recomendación de esta Comisión se basa en la evidencia que muestra que los ciudadanos que demandan una mejor calidad de atención en PBMI y que toman decisiones de manera activa obtienen mejores cuidados por parte de sus sistemas de salud.[118,119,297,298] Se alienta a los estrategas que diseñan programas de mejoramiento de la calidad a nivel nacional a que exploren los enfoques basados en demandas que aumenten las expectativas de la población respecto de la calidad.

Muy pocos programas de mejoramiento se diseñaron explícitamente para fomentar la demanda de una atención de calidad en los ciudadanos. Hemos empleado esos pocos programas para extraer conclusiones acerca de esta oportunidad de mejoramiento poco estudiada. Los grupos de participación ciudadana liderados por mujeres son un ejemplo bien documentado[299] y se considera que las mejoras en los resultados para mujeres y niños en comunidades a las que pertenecen estos grupos se deben en parte a que las participantes demandan una mejor atención médica, tales como prácticas correctas de higiene durante el parto. Los programas de seguimiento comunitario pueden generar una demanda de calidad, a pesar de que pocos estudios de alta calidad han analizado estos resultados (consultar la Sección 3).[300] Un programa[301,302] llevado a cabo en las zonas rurales de Uganda, por ejemplo, que combinó el intercambio de información acerca de la calidad asistencial en establecimientos locales con la participación comunitaria halló una reducción en las muertes neonatales y mejoras en las mediciones de la calidad de los procedimientos en los centros de salud cuatro años después de su implementación. Un estudio[303] en Uttar Pradesh, India, mostró que la calidad de la atención durante las consultas prenatales mejoró al brindar información a mujeres embarazadas sobre los derechos a recibir servicios sociales y sanitarios de buena calidad. Asimismo, un organismo preliminar de investigación cualitativa[304] sugirió que generar una demanda de calidad podría ser especialmente adecuado para mejorar la experiencia del usuario. El Recuadro 14 incluye ejemplos de La Alianza Cinta Blanca en India en los que se movilizó a los ciudadanos y organismos para demandar atención de alta calidad.

Estas intervenciones se basan en el intercambio de información y en considerar a los ciudadanos como agentes activos en el sistema de salud. Probablemente estas intervenciones no funcionen sin el apoyo de sistemas que fomenten la prioridad del paciente, la distribución de poder equitativa, la comunicación y la inclusión.[300] Cabe destacar que cuando se incentiva a las personas a que sean agentes activos se debería prestar especial atención a las poblaciones marginadas. La intersección de varios factores de vulnerabilidad puede ocasionar que algunos grupos sean menos capaces y preparados para actuar en función de la información de calidad que otros. A fin de evitar la profundización de las

Recuadro 14: **Lecciones de un reclamo de la comunidad por una atención de calidad impulsado por la White Ribbon Alliance, (WRA)**

Uganda

En 2011, la WRA Uganda movilizó grupos de defensa locales en tres distritos de pocos recursos para dirigir la atención hacia la mala calidad de los servicios obstétricos del país. Los grupos, entre los que se encontraban dirigentes distritales, funcionarios de salud, miembros de la comunidad y parteras, evaluaron el estado de los establecimientos sanitarios y hallaron que ninguno de los distritos cumplía con los mínimos requisitos para tratar complicaciones: no contaban con productos básicos para salvar vidas, personal sanitario calificado e infraestructura suficientes. Basándose en hallazgos similares, la WRA inició la campaña Act Now to Save Mothers para educar a los ciudadanos acerca de sus derechos y responsabilidades relacionados con la atención de salud. Los miembros de la comunidad participaron en las audiencias sobre presupuesto y planificación del distrito y en asambleas públicas. En una asamblea, más de 2000 miembros de la comunidad firmaron y presentaron una petición a los representantes del distrito y al parlamento que exigía mejoras en la calidad asistencial. Los miembros de la comunidad actuaron como periodistas ciudadanos, informando los avances y la asignación presupuestaria. La campaña tuvo como resultado un incremento en la provisión de medicamentos y equipos esenciales, aumentos en el salario del personal de salud y contratación de nuevos profesionales, así como también la reconstrucción de establecimientos que se encontraban en malas condiciones.

Tanzania

En 2013, en la región de Rukwa, Tanzania, luego de que una mujer muriera durante el trabajo de parto por falta de irrigación sanguínea, las comunidades se manifestaron en señal de protesta por la mala calidad de la atención de salud.

La WRA Tanzania reunió a ciudadanos y a los responsables de la toma de decisiones para asegurar que estos reclamos fueran oídos. Trabajó con dirigentes religiosos y equipos de salud de las localidades para crear conciencia entre los miembros de la comunidad, y ayudó a los hacedores de políticas del distrito y de la región a responder y dar solución a las demandas de los ciudadanos. El Parliamentarian Group for Safe Motherhood también se movilizó para sumar su apoyo a los reclamos de los ciudadanos. En 2015, los dirigentes de Rukwa ampliaron los servicios de emergencia de salud materna a un 50% de los centros sanitarios, mientras que antes solo se prestaban en el 10% de los centros. Partiendo de este éxito, la WRA Tanzania extendió sus esfuerzos a nivel nacional y logró que el gobierno apruebe un aumento histórico del 50% en el financiamiento para la salud de la madre, el recién nacido y el niño que se destine a apoyar la ampliación de los establecimientos sanitarios, los bancos de sangre y la contratación de profesionales de la salud en todo el país.

Lecciones

- Movilizar para generar mejoras en torno a los compromisos políticos ya existentes
- Educar a los ciudadanos sobre sus derechos y responsabilidades y cómo ejercerlos
- Utilizar la información disponible para exigir la rendición de cuentas
- Identificar a los defensores de derechos para amplificar las voces de los ciudadanos
- Ayudar a los responsables de la toma de decisiones a responder las demandas de los ciudadanos y trabajar con ellos para lograr el cambio

Fuente: Kristy Kade, Betsy McCallon, Rose Mlay y Robina Biteyi

desigualdades actuales, se debe considerar particularmente a las poblaciones rurales empobrecidas y con un bajo nivel educativo (véase la Sección 3).

Las intervenciones que pueden elevar las expectativas y las demandas de calidad con frecuencia incluyen la interacción social a través de grupos, comités o reuniones. Este componente está respaldado por la ciencia de las redes sociales y evidencia que muestra que las personas aprenden acerca de la calidad interactuando entre ellos.[305,306] Asimismo, esta perspectiva que aporta la ciencia de las redes sociales sugiere que las intervenciones destinadas a generar demanda podrían aprovechar la creciente presencia de plataformas de redes sociales interactivas en los PBMI. La Figura 14 ilustra un ejemplo de un tablero destinado a las personas que puede utilizarse para compartir información con la población. En el Apéndice 2, se pueden encontrar más ejemplos de estrategias de mejoramiento implementadas en otros países basadas en las cuatro acciones universales.

Oportunidades específicas

Junto con la reforma total del sistema a través de la implementación de las acciones universales arriba descritas, probablemente los países deban realizar intervenciones adicionales específicas para cada contexto, lo que denominamos oportunidades específicas. Además de incrementar los insumos y recursos del sistema de salud, este apartado provee una revisión de las intervenciones de calidad más comúnmente utilizadas; sin embargo, no pretende brindar una lista exhaustiva. Tal como se mencionó en la Sección 2, el costo de las intervenciones no se detalla en este informe. Empleamos varias fuentes, incluido el análisis Health Care Provider Performance Review (HCPPR); una revisión sistemática de las estrategias de mejoramiento del desempeño del personal de salud en los PBMI (Apéndice 1).[255] La revisión HCPPR se diseñó para desarrollar una guía basada en evidencia que incluye estrategias para mejorar el desempeño del personal de salud y estudios publicados y

no publicados en varios idiomas desde 1960 hasta inicios de 2016. Aunque el examen HCPPR es la revisión más exhaustiva y actualizada sobre este tema, presenta limitaciones comunes a todas las revisiones, tales como la solidez de la implementación que varía de un estudio a otro y el grado de generalización de los resultados obtenidos en estudios que se efectuaron en entornos controlados, que por lo general se desconoce. La revisión completa incluye información acerca de tamaños del efecto para distintas combinaciones de estrategias, que no se analizarán en detalle en este informe.

Mejoras a nivel macro: Financiar para la calidad

La financiación sanitaria y el pago a los proveedores de salud pueden utilizarse para elevar la calidad del sistema de salud. De las cuatro funciones financieras principales (movilización de ingresos, concentración de recursos, compra y sistema de prestaciones), aquella que ejerce la mayor influencia directa en la calidad asistencial es la compra, o la asignación de fondos para proveedores, y este será el centro de debate en esta sección.[252]

La compra estratégica consiste en proporcionar fondos a los proveedores sobre la base de la información que se posea de ellos y de las poblaciones a fin de lograr los objetivos de desempeño. Se pueden mencionar algunos ejemplos tales como las estrategias de pago a proveedores y la contratación selectiva de establecimientos de salud según la calidad asistencial que brinden.[307] Si bien se suele suponer que el altruismo es la principal motivación para la mayoría de los médicos y enfermeras, estos también buscan recibir un salario competitivo. Los pagos basados en insumos (p. ej., salario y capitación) y los pagos basados en resultados (p. ej., tarifas por servicios prestados, por caso atendido, de salud. Los pagos basados en ingresos disminuyen la cantidad de servicios prestados y la intensidad del esfuerzo, mientras que los pagos basados en resultados lo fomentan, lo que conduce a tratamientos insuficientes o excesivos que representan un gran desafío para la salud, descritos en la Sección 2. En este sentido, la mejor estrategia para evitar que se preste excesiva atención a los incentivos podría ser la combinación de ambos tipos de pago.

Para lograr una compra estratégica exitosa es fundamental alinear los mecanismos de financiación con los mecanismos de prestación. Por ejemplo, aquellos establecimientos sanitarios sujetos a contratación selectiva deben poder realizar las compras necesarias y tomar las decisiones de contratación pertinentes para producir mejoras en la atención. En algunos países, los establecimientos podrían no tener la autoridad suficiente para llevar adelante estas acciones y, por lo tanto, se deberán efectuar cambios legales. Por otra parte, la gran cantidad de datos que comprenden los pagos basados en resultados pueden ser una carga considerable para los proveedores. Para alinear los diferentes métodos e incentivos de pago es fundamental contar con un sistema de datos sólido capaz de recopilar información sobre los pagos a proveedores.[308] Tales sistemas producen información que puede utilizarse para varios propósitos además de para la compra estratégica. Por ejemplo, en países de ingresos altos, los seguros de salud solicitan datos que ofrezcan información acerca de los servicios prestados, los pagos recibidos y los diagnósticos realizados que también pueden emplear los pagadores, aseguradores e investigadores.

Una forma de compra estratégica destacada que se ha implementado de forma generalizada en los PBMI es la financiación basada en el rendimiento. La financiación basada en el rendimiento describe un conjunto de estrategias diseñadas para mejorar la atención de salud a través del pago a proveedores y centros de salud en función de la cantidad y la calidad de los cuidados prestados, aunque muchos programas complementan las recompensas económicas con elementos de mejoramiento directo, tales como la capacitación o la supervisión.[184,309–311] Varios programas de financiación basada en el rendimiento en PBMI promueven principalmente la cantidad de servicios y, a pesar de que pareciera que producen aumentos en la utilización de la atención de salud y en el volumen de servicios, el efecto de la financiación basada en el rendimiento en la calidad es menos evidente.[184,310] Varias evaluaciones de impacto estarán a disposición en el Health Results Innovation Trust Fund del Banco Mundial, un financiador importante de la financiación basada en el rendimiento.[312,313]

En términos generales, hasta la fecha, la evidencia sugiere que la financiación basada en el rendimiento no tiene el potencial suficiente para producir mejoras en la calidad asistencial por sí sola. Este tipo de financiación podría elevar la calidad de forma moderada en algunos contextos en donde no se estén implementando intervenciones, pero no siempre supera la financiación incondicionada; el efecto parece ser impulsado más por las intervenciones orientadas a los equipos y al personal de salud que por el mecanismo de financiación.[314–317] En comparación con las intervenciones alternativas, la financiación basada en el rendimiento incurre en gastos exclusivos para la verificación del rendimiento que pueden representar entre el 10% y el 15% de los costos operativos, incluido el tiempo de trabajo.[318] Los programas de financiación basada en el rendimiento también pueden producir consecuencias no deseadas, como por ejemplo informes que reporten casos de intimidación por parte de los proveedores hacia los pacientes para que estos reporten resultados positivos; sin embargo, estos programas también pueden mejorar dimensiones no remuneradas de la calidad, incluida la satisfacción del paciente.[314,316,319] En términos generales, la financiación basada en el rendimiento no parece ser altamente rentable, en especial comparada con la financiación incondicionada adicional.[316,317] La revisión HCPPR mostró que las intervenciones que incluyen incentivos financieros producen un aumento promedio de 7·6 puntos porcentuales en la calidad.

Para que estos incentivos sean exitosos, incluidos los programas de financiación basados en el rendimiento, la teoría económica y las investigaciones sugieren que las recompensas tienen efectos más limitados que las sanciones debido a la tendencia a evitar pérdidas de dinero, y los incentivos son más efectivos cuando están estrechamente vinculados a procesos que están bajo el control directo de los proveedores.[320,321] Los incentivos externos podrían desplazar la motivación intrínseca existente. Esto destaca la importancia de alinear los incentivos con las expectativas profesionales y con las normas de trabajo.[320] Por último, alinear los incentivos del proveedor con los objetivos específicos de coordinación de la atención médica o tratamiento eficiente, en contraposición a los insumos, ofrece el potencial de optimizar la calidad.[322]

Intervenciones a nivel meso: Aprendizajes impulsados por los distritos

Las administraciones de distrito y las redes de establecimientos de salud pueden emplearse como sistemas de aprendizaje que permitan acelerar las mejoras en el desempeño de los servicios de salud, con el potencial de extender dichas mejoras a escala. Este nivel del sistema sanitario está bien posicionado para facilitar el aprendizaje grupal sistemático entre los establecimientos de características similares y en todos los niveles del sistema de salud. El aprendizaje y la planificación dirigidos por el distrito y basados en áreas reúnen a los proveedores y administradores responsables de una determinada área de influencia para resolver los problemas clínicos y aquellos referidos al sistema, unificar los enfoques, maximizar los recursos y crear mejores mecanismos de comunicación y derivación entre los establecimientos (Recuadro 15).[323]

Los proyectos colaborativos formales para el mejoramiento de la calidad deben incluir la participación de equipos de varios centros de salud que trabajen con el objetivo de optimizar el rendimiento en un área específica recolectando y empleando datos para probar ideas a través del ciclo conocido como planificar-hacer-verificar-actuar. Dichos equipos deben contar con sesiones de capacitación y de aprendizaje. Las revisiones sistemáticas[324,325] de los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad en países de ingresos predominantemente altos mostraron mejoras moderadas, en especial cuando existía una clara brecha entre la teoría y la práctica en relación con aspectos básicos de la atención médica. La evidencia sobre los PBMI es más escasa, lo que condujo a esta Comisión a emprender un subanálisis de los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad basado en la revisión sistemática del estudio HCPPR.

En general, la calidad de la evidencia sobre los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad en los PBMI es baja. Los tamaños del efecto para estos proyectos colaborativos junto con la capacitación clínica fueron bastante grandes (media de 52·4 a 111·7 puntos porcentuales), a pesar de que el grado de generalización de estos datos es incierto. Esto se debe a que tres de los cuatro informes abordaron el mismo resultado clínico (hemorragia posparto), lo cual podía tratarse realizando cambios simples. La efectividad de los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad fue más variable cuando se implementaban sin capacitación y cuando se incluían otras áreas de la atención médica. Los resultados sobre las mejoras en las prácticas del personal de salud oscilaron entre eficacia moderada y eficacia alta (4·3 puntos porcentuales para los resultados continuos y 30·2 puntos porcentuales para los resultados porcentuales). Para los resultados de salud del paciente, los proyectos colaborativos para el mejoramiento de la calidad no produjeron efectos (1·4 puntos porcentuales).[255] Por otra parte, este tipo de proyectos no son estructuras estáticas y se han implementado y adaptado de numerosas formas para lograr los objetivos establecidos. Algunas adaptaciones comunes se llevan a cabo para generar nuevas ideas y empoderar a los trabajadores de la salud. Además del objetivo de conocer el efecto que produce el aprendizaje dirigido por el distrito en la práctica clínica y en los resultados de los pacientes, se están explorando los efectos de este enfoque en la comunicación, la motivación del personal de salud y la dinámica del equipo.[326]

Intervenciones a nivel micro: Mejorar de forma directa el desempeño del proveedor y del centro de salud

En este apartado se presentan las estrategias implementadas en el nivel micro como oportunidades para complementar y ampliar las reformas al nivel del sistema. Por ejemplo, las mejoras en la formación de los profesionales de la salud pueden reforzarse mediante capacitaciones de actualización en los establecimientos sanitarios. Esta Comisión recomienda que, de ser posible, no se implementen intervenciones a nivel micro de forma aislada o en lugar de estrategias que evalúen y mejoren los cimientos de los sistemas sanitarios.

En la Tabla 3, se muestran los resultados de los enfoques orientados a mejorar el desempeño del personal de salud, haciendo hincapié en las seis estrategias probadas por el mayor número de estudios que incluyen al menos cuatro estudios con riesgo de sesgo bajo o moderado.[255] Todas estas estrategias están dirigidas al sistema de salud a nivel micro. Se hallaron tamaños del efecto moderado para la capacitación (9·7 puntos porcentuales) y para la supervisión (11·2 puntos porcentuales). La combinación de capacitación y supervisión tuvo mayores efectos de mejora, de 17·8 puntos porcentuales. Por otra parte, proporcionar solo información impresa o material de apoyo para los trabajadores de la salud y solo implementar estrategias mHealth (tecnología móvil inalámbrica) resultó ser, por lo general, poco efectivo.

La mayoría de las estrategias orientadas a mejorar las prácticas de los trabajadores de la salud comunitarios o no especializados se probaron en un único estudio, y la

Recuadro 15: **Estudio de casos de aprendizaje al nivel distrital***

Midwifery Coordination Alliance Teams (MCAT) en Camboya

El programa MCAT es un enfoque basado en áreas que comenzó en provincias seleccionadas de Camboya en 2009 y desde entonces se ha ampliado para llegar al alcance de todas las parteras, centros de salud y hospitales de los 98 distritos del condado. El objetivo del programa es fortalecer la colaboración entre la atención primaria de salud y los hospitales. Todas las parteras de atención primaria de un área del nivel meso se reúnen con los médicos y parteras del hospital local cada tres meses para analizar los datos, realizar actualizaciones, resolver problemas y llevar a cabo capacitaciones de actualización. Las sesiones se realizan en dos días consecutivos a fin de incorporar a las parteras de todos los centros sanitarios sin tener que postergar la prestación de ningún servicio. Los proveedores revisan y analizan los datos, tales como las muertes maternas y perinatales o los casi incidentes, la toma de anticonceptivos y la combinación de métodos anticonceptivos, casos de muerte por enfermedades y condiciones comunes, y los resultados de la supervisión. Las reuniones incluyen sesiones de aprendizaje participativo con simulacros y debates sobre los procedimientos y normas clínicas actuales. Por ejemplo, pueden surgir problemas en la cadena de suministro que pueden resolverse a través de mecanismos como la retroalimentación y la resolución conjunta de problemas.

Los equipos también fomentan innovaciones locales. Por ejemplo, en una de las provincias, las parteras establecieron una línea telefónica directa que permitió que las parteras del centro de salud pudieran llamar a las parteras del hospital para asesoramiento o derivaciones de urgencia y seguimiento. Esta idea se ha expandido hacia otros distritos. Otro equipo del MCAT sugirió y estableció una ampliación del incentivo de aumentar las tasas de nacidos vivos para incluir derivaciones de urgencia apropiadas. Si bien no se ha realizado una evaluación formal, el programa MCAT proporciona un enfoque de equipo para mejorar de forma gradual la atención médica para las complicaciones obstétricas y del recién nacido en el distrito, y se considera que es un factor que intervino en los grandes avances en salud alcanzados en Camboya para las mujeres y los niños.[A93,A94]

Fuente: Som Hun y Jerker Liljestrand

Planificación basada en áreas e integración vertical en Mesoamérica

El objetivo de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) es reducir las desigualdades en la salud maternoinfantil mediante un modelo de financiamiento basado en resultados con el objetivo de mejorar la calidad y la eficacia de la cobertura en siete países de Centroamérica y en el estado de Chiapas, México. Este programa presenta distintos planes según el área en donde será implementado dentro de cada distrito de salud que permitirán traducir los planes nacionales en equipos locales. Estos planes incluyen objetivos, actividades y plazos adaptados al contexto local. Los responsables de la ejecución del programa en cada localidad analizan sus progresos con las partes interesadas nacionales cada tres meses, fomentando un ámbito de aprendizaje basado en experiencia.[A95]

La ISM proporciona asistencia técnica a los países para crear estándares y estrategias de mejoramiento de la calidad mediante la identificación de problemas, la priorización de áreas de mejora y el desarrollo de planes de mejoramiento. Los países desarrollaron herramientas para la recolección y análisis de datos que favorecen el aprendizaje. Cada país adaptó el programa en función de sus prioridades y sistemas. En Belice, el proceso comenzó en el nivel de atención integral obstétrica y neonatal de emergencia y luego se fueron añadiendo servicios básicos de salud y atención ambulatoria para que los equipos puedan tener un panorama más general de la red de salud. Los equipos recopilan los datos y analizan sus progresos de forma mensual, y cada trimestre, un agente de mejoramiento de la calidad evalúa el desempeño a fin de otorgar un pequeño incentivo a los equipos a través del Quality Innovation Fund. Este agente de mejoramiento de la calidad ofrece, además, supervisión de apoyo, informa acerca de los desafíos y las prácticas más efectivas y ayuda a los equipos a crear e implementar nuevas ideas. Los resultados de la evaluación independiente mostraron que todos los indicadores en los distintos niveles de atención han mejorado en relación con la línea de base con beneficios que van desde los 30 a los 85 puntos porcentuales.

Fuente: Emma Margarita Iriarte y Jennifer Nelson. *Las referencias del Recuadro se encuentran en el Apéndice 1.

calidad de la evidencia era, en su mayoría, insuficiente. Asimismo, la capacitación por sí sola solía presentar un tamaño del efecto moderado (mediana de 7·3 puntos porcentuales). Las estrategias que incluían mHealth tuvieron una mediana del tamaño del efecto de 8·7 puntos porcentuales. Aquellos estudios que incluían capacitación y supervisión tuvieron una mediana del tamaño del efecto de 9·6 puntos porcentuales, y las estrategias que incluían capacitación y apoyo comunitario, como educación del paciente, presentaron una mediana del tamaño del efecto de 22·7 puntos porcentuales.

A pesar del alcance y variedad de los estudios, es difícil extraer conclusiones acerca de cuánto pueden generalizarse estas estrategias. Los estudios solían incluir solo unos pocos establecimientos de salud en el grupo de intervención (menos de diez generalmente) y períodos cortos de seguimiento posteriores a la intervención (mediana de siete meses o menos). Los tamaños del efecto de las estrategias probadas en varios estudios, incluido el HCPPR, también variaron de forma considerable, lo cual puede deberse a distintos factores: sesgo en los estudios, variación aleatoria y gran heterogeneidad de contextos y métodos de investigación. Por ejemplo, la efectividad de las intervenciones complejas y multifacéticas que

	Solo capacitación	Capacitación más supervisión*	Solo*supervisión	Información impresa o material de apoyo para los trabajadores de la salud	Solo tecnología de la información y la comunicación (mHealth)	Capacitación y supervisión, y fortalecimiento de la infraestructura*
Mediana del tamaño del efecto para resultados porcentuales, puntos porcentuales (RIQ)	9·7 (5·5–21·3)	17·8 (5·5–25·9)	11·2 (5·8–25·6)	1·5 (–4·5 to 6·1)	1·0 (–2·8 to 10·3)	9·4 (–0·1 to 40·5)
Comparaciones entre estudios para resultados porcentuales (comparaciones con riesgo de sesgo de bajo a moderado)	76 (32)	26 (11)	16 (8)	8 (5)	4 (4)	4 (1)
Mediana del tamaño del efecto para resultados continuos, puntos porcentuales (RIQ)	17·5 (0·1–23·7)	11·1 (7·3–60·4)	–3·0 (no RIQ)	–3·4 (no RIQ)	–38·9 (no RIQ)	64·3 (31·9–88·7)
Comparaciones entre estudios para resultados continuos (comparaciones con riesgo de sesgo de bajo a moderado)	16 (8)	8 (3)	3 (1)	3 (1)	1 (1)	4 (4)
Países donde se realizaron los estudios para ambos tipos de resultados (número de regiones de la OMS)	2 (6)	17 (5)	13 (5)	7 (3)	4 (1)	6 (3)
Tres categorías más comunes de los resultados de los estudios para las mediciones continuas y porcentuales	Tratamiento, asesoramiento, evaluación	Tratamiento, asesoramiento, evaluación	Tratamiento, asesoramiento, precauciones universales	Tratamiento, documentación, gestión de casos†	Asesoramiento, gestión de casos†, tratamiento	Tratamiento, diagnóstico, derivación
Mediana del valor del resultado de la línea de base para los resultados porcentuales, % (RIQ)	43·0 (19·0–70·0)	25·2 (9·2–52·5)	53·8 (36·0–63·5)	32·8 (24·8–58·6)	36·5 (5·4–60·6)	31·2 (7·7–55·6)
Mediana del número de establecimientos sanitarios en el grupo intervención para los resultados porcentuales (RIQ)	6 (1–20)	7 (2–32)	7 (5–24)	8 (5–10)	38 (35–47)	11 (2–21)
Mediana de la duración del estudio de seguimiento‡ para los resultados porcentuale, en meses (RIQ)	4·0 (1·3–6·0)	4·5 (2·0–6·0)	5·0 (2·0–9·0)	1·9 (1·0–4·5)	7·3 (4·1–9·4)	1·6 (1·0–2·4)

Las estrategias para los profesionales de la salud basadas en establecimientos sanitarios se evaluaron en al menos cuatro estudios con riesgo de sesgo de bajo a moderado, en al menos un grupo de resultados (resultados porcentuales o resultados continuos). Los resultados porcentuales se expresaron en porcentajes (p. ej., porcentaje de pacientes tratados de forma correcta) y los resultados continuos son aquellos que no pudieron expresarse en porcentajes (p. ej., número promedio de medicamentos prescritos por paciente); consultar el Apéndice 1 para obtener más detalles. *Supervisión hace referencia a las visitas de supervisión de rutina (en términos de frecuencia o calidad de supervisión) u otras estrategias similares a la supervisión, tales como auditoría con retroalimentación; el fortalecimiento de la infraestructura es la provisión de medicamentos o equipos, o la implementación de mejoras en las condiciones de los establecimientos sanitarios. †El grupo de resultados de la gestión de casos refleja varios pasos del proceso de gestión de casos (p. ej., el porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados de forma correcta). ‡El tiempo de seguimiento del estudio comprende desde el momento en el que la estrategia se implementa por primera vez hasta la última medición de seguimiento admisible. Para la mayoría de las comparaciones entre estudios, el tiempo de seguimiento fue el mismo para todos los resultados de los estudios; cuando el tiempo de seguimiento variaba entre los resultados para una comparación determinada, se empleó el período de seguimiento más largo en el análisis.

Tabla 3: **Resultados seleccionados de estrategias implementadas para mejorar el desempeño de los trabajadores de la salud de la Health Care Provider Performance Review[255]**

contienen al menos cuatro componentes estratégicos varió considerablemente (de 0 a 61 puntos porcentuales aproximadamente). Esto sugiere que en algunas ocasiones las estrategias complejas son más eficientes que las estrategias simples, aunque no siempre, y deja en evidencia la necesidad de llevar a cabo más estudios sobre el diseño y verificación de estos enfoques. La variabilidad de tamaños del efecto en una estrategia determinada también revela la dificultad de predecir cuán efectiva será una estrategia en un contexto específico. Por lo tanto, es importante que los programas monitoreen la efectividad de toda estrategia implementada en el campo, no solo en el contexto de la investigación.

Asimismo, es difícil determinar por cuánto tiempo una estrategia será efectiva. A partir de los datos obtenidos en la HCPPR, modelamos el efecto del tiempo de seguimiento sobre la efectividad de la estrategia, empleando modelos de efectos aleatorios (o modelos de efectos fijos, cuando se trataba de menos de diez estudios o resultados) ajustados por el desempeño en la línea de base (Apéndice 1). Hallamos que el efecto de la supervisión pareció aumentar con el tiempo, pero no se halló evidencia de una tendencia en el tiempo para la resolución grupal de problemas. Los resultados para la capacitación fueron inconclusos. Cabe mencionar que nuestra capacidad de analizar las tendencias en el tiempo fue limitada debido al número reducido de estudios por estrategia que contaba con mediciones repetidas posteriores a la intervención.

Sección 5: Conclusión

Todas las reformas implementadas para mejorar la calidad deberán ser dirigidas por el distrito, partiendo de una visión compartida sobre calidad asistencial, y deberán estar respaldadas activamente por los jefes de estado y sus ministros. Muchos de estos líderes políticos ya se han comprometido con la CSU, pero sin producir mejoras en la calidad; es solo una promesa vacía. Asimismo, será de gran importancia dirigir los esfuerzos de mejoramiento en primera instancia a las poblaciones que presenten los valores más bajos de calidad asistencial y de resultados de salud a fin de alcanzar una CSU de alta calidad.[135,327] Se alienta a los socios mundiales a que apoyen estas iniciativas alineándolas con las prioridades de cada país; se recomienda además no financiar una serie de intervenciones a menor escala en ciclos de proyectos de corta duración, sino invertir de forma selectiva en una menor cantidad de reformas al sistema de salud durante un lapso de tiempo más prolongado. Resulta sumamente importante reorientar las prioridades

de investigación a fin de respaldar los esfuerzos realizados por el país para mejorar la calidad del sistema de salud.

Cada país decidirá cómo implementar los cambios sistémicos necesarios para lograr una atención médica de alta calidad. Esta Comisión recomienda llevar a cabo una evaluación minuciosa de los cimientos del sistema sanitario nacional, considerar las cuatro acciones universales que hemos presentado e implementar una estrategia específica para el país que permita reducir las brechas de calidad y maximizar los recursos actuales. Por último, es posible que no toda iniciativa de mejoramiento sea exitosa, por lo que los dirigentes no deben desalentarse si esto sucede. También es importante considerar que el proceso de adaptar y desarrollar de forma iterativa soluciones eficientes para un contexto determinado lleva tiempo. La clave es poner en funcionamiento el programa, monitorear los progresos y aprender tanto de los éxitos como de los fracasos.

Sección 6: Recomendaciones

En esta sección, identificamos oportunidades para que los gobiernos nacionales, la sociedad civil, los socios mundiales e investigadores puedan contribuir al esfuerzo global de alcanzar sistemas de salud de alta calidad.

Gobiernos nacionales

(1) Invertir en sistemas de salud y hacerlos más responsables ante los ciudadanos. Es preciso que los gobiernos nacionales inviertan en el desarrollo de sistemas de salud de alta calidad para la población que sean responsables ante los ciudadanos por su desempeño. Esto requiere legislar a favor del derecho de los ciudadanos a recibir atención médica de calidad, educar a la población y a las partes interesadas del sistema de salud sobre estos derechos, establecer estándares sólidos y una fuerte regulación, compartir información útil sobre el rendimiento del sistema de salud y desarrollar mecanismos de reparación y compensación. Estas acciones deberían complementarse con mecanismos de responsabilidad social que fomenten la participación de la población en las decisiones referidas al sistema de salud. Los países sabrán que están en camino de alcanzar un sistema de salud responsable y de alta calidad cuando los hacedores de política opten por recibir atención médica en sus propias instituciones públicas.

(2) Mirar más allá del sector de salud público. Desarrollar sistemas de salud de alta calidad requiere sistemas educativos sólidos para la enseñanza primaria, secundaria y profesional, sistemas viales y de transporte bien constituidos e infraestructuras de comunicación confiables. La asociación con otros sectores será fundamental para crear las condiciones necesarias que permitan reformar el sistema de salud. La participación de proveedores y establecimientos de salud privados puede ampliar la gama de opciones para los ciudadanos y podría motivar a los sistemas a fomentar la atención centrada en el usuario. Estos proveedores privados deberán ser regulados e incentivados de forma eficiente para lograr los efectos deseados.

(3) Incorporar la atención de calidad en la CSU. La calidad debe ser un factor fundamental de las iniciativas de la CSU, junto con la protección financiera y la cobertura. Para esto, los países deberían comenzar por establecer una garantía de calidad a nivel nacional para los servicios prestados por la CSU que especifique el nivel de competencia y la experiencia del usuario que los ciudadanos pueden esperar del sistema de salud. A fin de asegurar que las personas pobres puedan recibir los beneficios de estas mejoras, la expansión de los servicios debería comenzar favoreciendo este grupo. Los avances que se realicen para alcanzar la CSU deben medirse en función de la eficacia de la cobertura teniendo en consideración las mejoras en la calidad.

(4) Medir mejor. La medición de la calidad debería ser parsimoniosa, oportuna y transparente. Los sistemas sanitarios deberían informar su desempeño a los ciudadanos anualmente utilizando tableros de seguimiento que incluyan datos sobre salud y bienestar, experiencia del usuario, competencia del sistema y confianza de la población en el sistema. La información debería estar desagregada por regiones y grupos vulnerables. Asimismo, los países deben actualizar las guías del sistema de información de salud y, para esto, pueden comenzar por deshacerse de instrumentos e indicadores poco informativos y mejorar la calidad de los datos de los sistemas actuales. La guía de sistemas de salud de alta calidad debería incluir registros vitales y sistemas de inteligencia para la cadena de suministros y los recursos humanos de los sistemas sanitarios, que funcionen en tiempo real; sistemas de información rutinarios y confiables, y estudios específicos, tales como encuestas rápidas sobre los establecimientos de salud y encuestas poblacionales actualizadas. Invertir en instituciones nacionales y en el desarrollo de experiencia para llevar a cabo la medición y traducir la evidencia en políticas es fundamental para poder utilizar la información disponible. La alfabetización en datos y en salud también resulta fundamental para los usuarios.

(5) Mejorar la calidad a partir de las cuatro acciones universales. Esta Comisión recomienda que los países consideren llevar a cabo cuatro acciones universales para cambiar la trayectoria de sus sistemas de salud y lograr elevar calidad. Las oportunidades específicas adicionales en áreas tales como financiación sanitaria y aprendizaje a nivel de distrito, entre otras, pueden complementar estos esfuerzos. Todas las estrategias deben ser monitoreadas y evaluadas para medir sus efectos y permitir adaptaciones locales.

La primera acción es gobernar para mejorar la calidad; esto significa crear una visión compartida para un sistema de salud de alta calidad con un enfoque de aprendizaje, que comprenda una estrategia y una política nacional de calidad y mecanismos para la implementación

y la rendición de cuentas. Estas deberían desarrollarse en asociación con el sector privado y la sociedad civil y en colaboración con los sectores que se encuentran fuera del ámbito de la salud. Un sistema de aprendizaje requiere datos precisos y oportunos y una gestión comprometida con elevar la calidad asistencial. Se necesitará aumentar el nivel de alfabetización en datos en materia de trabajadores sanitarios y consumidores a fin de poder utilizar la información disponible.

La segunda acción es rediseñar la prestación de servicios para que se centren en la calidad; esto requiere reorganizar los servicios médicos para optimizar los resultados de salud en lugar de enfocarse únicamente en el acceso geográfico. Los centros de atención primaria no deberían atender necesidades médicas graves o poco frecuentes que presenten un alto riesgo de mortalidad, como es el caso de los partos, sino que deberían fortalecer sus competencias básicas: atención integral y continua para los pacientes estables, y alcance comunitario y prevención. Los gobiernos y la sociedad civil deben trabajar en conjunto para asegurarse de que las personas puedan obtener la atención médica que necesitan cuando lo necesiten, y que reciban un cuidado respetuoso. Se encuentra a disposición una gran variedad de estrategias dentro y fuera del sector de salud. La tercera acción es transformar la fuerza laboral, comenzando por una educación clínica basada en competencias que incluya un aprendizaje activo, exposición clínica temprana y aprendizaje basado en problemas. El currículo debería incluir formación en ética, atención respetuosa y conceptos básicos de calidad. Las clases teóricas deben reforzarse mediante prácticas realizadas en establecimientos de salud supervisadas y basadas en un modelo de roles. Además, se debería bridar al personal de salud buenas condiciones de trabajo, pago regular y tutoría clínica, y proporcionar oportunidades para aprender y crecer profesionalmente. Los trabajadores sanitarios y sus asociaciones profesionales deberán redoblar los esfuerzos para mantener y aplicar estándares de prácticas elevados a fin de obtener y mantener la confianza de las personas.

La cuarta acción es transmitir a la población la importancia de exigir servicios de calidad. Esto implica educar a los ciudadanos acerca de sus derechos de salud considerando los recursos nacionales y utilizando informes específicos sobre calidad, redes sociales y tecnologías móviles a fin de empoderar a las personas para que puedan ser pacientes activos que buscan servicios de calidad y motivan a los trabajadores de salud a prestar una buena atención médica.

Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales

(1) Exigir más a los proveedores y a los sistemas de salud. Las personas deben informarse acerca de sus derechos en materia de salud, incluyendo el derecho a una atención competente y respetuosa, información, privacidad, consentimiento y confidencialidad. Las personas afiliadas a programas de CSU deben poder comprender sus paquetes de beneficios y opciones de atención, e informar sus necesidades y preferencias a sus proveedores. Además, deberían poder ejercer su derecho a una compensación cuando la calidad de los servicios recibidos se encuentre por debajo de los estándares.

(2) Promover el cambio y exigir que los sistemas respondan por su desempeño. La sociedad civil debería exigir que los sistemas de salud compartan información acerca de sus capacidades y su desempeño de manera transparente. Asimismo, debería presionar por una mayor responsabilidad social a través de tarjetas de calificación ciudadana, monitoreo comunitario, auditorías sociales, presupuestos participativos, cartas de servicios y comités de salud. Sin embargo, la responsabilidad social no es un reemplazo de la responsabilidad del gobierno, dado que ambas son más eficientes para mejorar los sistemas de salud cuando se ejercen conjuntamente.

Socios mundiales bilaterales y multilaterales

(1) Invertir en instituciones nacionales para producir evidencia sobre la calidad del sistema de salud. Varios PBMI no poseen instituciones eficientes capaces de llevar a cabo las mediciones, investigaciones y la planificación basada en evidencia que requiere un sistema de salud que genera aprendizaje. Los socios mundiales deberían apoyar la formación nacional e internacional de los científicos de datos y ayudar a desarrollar capacidad institucional mediante tutorías e informes que compartan información acerca de las mejores prácticas institucionales. La adopción de políticas de hallazgos analíticos de instituciones locales pueden, en cambio, fomentar la confianza en los datos generados localmente y crear una mayor demanda.

(2) Apoyar el desarrollo de mediciones de calidad del sistema sanitario. Los PBMI no cuentan con mediciones capaces de captar los elementos relacionados con el desempeño del sistema que más importan a los ciudadanos ni de brindar información relevante para las mejoras. Es fundamental el apoyo continuo de los registros vitales y de los sistemas de información sanitarios para medir la salud y los impactos. Asimismo, se precisan encuestas de rápida administración sobre los establecimientos de salud y mediciones en tiempo real que reflejen la calidad de la atención médica al igual que la opinión de las personas y que puedan relacionarse con los datos de salud de la población. Los repositorios internacionales de mediciones comparables y validadas, instrumentos de medición y mejores prácticas de análisis pueden ser recursos valiosos.

(3) Incluir la calidad en el seguimiento de los progresos de las iniciativas mundiales. Los progresos hacia una CSU y los ODS deberían incluir tanto la cobertura como la calidad, y la cobertura eficiente (en función de las mejoras en la calidad) reúne ambos conceptos. Un gran número de indicadores apropiados

se encuentran a disposición mientras que otros aún deben ser validados. Es necesario llevar a cabo más estudios para transformar estos indicadores en conjuntos de mediciones globales.

(4) Canalizar el financiamiento de los donantes para las acciones dirigidas a optimizar la calidad. Las mejoras a gran escala como la reforma de la formación profesional o el rediseño de la prestación de servicios son costosas y algunos países de ingresos bajos requerirán un financiamiento externo para poder llevarlas a cabo. En término generales, los financiadores deberían alinear su apoyo con las estrategias nacionales que fomentan la evolución hacia un sistema de salud de mayor calidad y evitar financiar una variedad de iniciativas verticales o de menor escala, que contribuyen a una confusión de políticas y de planificación y reducen los recursos para realizar acciones a gran escala.

(5) Financiar la investigación de estrategias de mejoramiento para todo el sistema. Es necesario llevar a cabo una evaluación rigurosa de las estrategias de

Recuadro 16: **Agenda de investigación para los sistemas de salud de alta calidad**

Medición y análisis de la calidad

- Desarrollar y validar mediciones de calidad adecuadas para entornos de recursos limitados, que abarquen las siguientes dimensiones: resultados de salud que puedan atribuirse a los sistemas sanitarios y a los resultados reportados por el paciente; atención competente para las madres y los bebés recién nacidos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, cáncer, salud mental y lesiones; experiencia del usuario, incluido el respeto, la dignidad y la autonomía; nivel de adecuación del sistema y de la plataforma (p. ej., oportunidad, seguridad e integración), incluida la calidad del alcance comunitario, la atención primaria y la atención hospitalaria
- Entender el alcance y las causas de las variaciones en la calidad: identificar aquellos países, regiones y establecimientos que presentan el mejor desempeño y determinar los factores que contribuyen a su atención médica de alta calidad; estudiar las causas de la baja calidad de la atención de salud en diferentes contextos
- Evaluar la equidad en la atención de salud de calidad a través de las dimensiones de vulnerabilidad, incluido el entorno de la atención, las estadísticas demográficas y el tipo de enfermedad
- Analizar los efectos de la calidad en la salud, la confianza y los resultados económicos, incluidos los resultados reportados por el paciente, la demanda de atención médica y derivación; uso ineficiente de los recursos y gastos catastróficos y empobrecedores

Mejorar la calidad

- Comprobar el efecto de las innovaciones introducidas en la formación previa al servicio de los profesionales de la salud en la prestación de atención médica competente y respetuosa
- Evaluar los efectos del diseño de servicios de salud centrados en la calidad, la experiencia del usuario, la equidad en la atención y el funcionamiento del sistema sanitario
- Analizar intervenciones individuales y combinadas para generar una demanda de calidad comunitaria, incluyendo la difusión de información local relevante e innovaciones que empleen nuevas tecnologías
- Perfeccionar el diseño de estrategias de aprendizaje a nivel distrito (p. ej., proyectos colaborativos de mejoramiento de la calidad y otros enfoques)
- Analizar el efecto de los mecanismos legales, sociales y de desempeño para fomentar la rendición de cuentas en países de bajos y medianos ingresos
- Probar las innovaciones en gestión y las estrategias de incentivos intrínsecos y extrínsecos para motivar a los proveedores
- Medir los costos y la rentabilidad de las estrategias de mejoramiento y su sostenibilidad

Métodos y herramientas

- Desarrollar una encuesta de rápida administración sobre los establecimientos de salud para medir la calidad del sistema sanitario haciendo hincapié en las mediciones más relevantes: atención de salud y sistemas competentes y experiencia del usuario
- Actualizar las encuestas poblacionales para medir un rango más amplio de condiciones de salud
- Examinar nuevas tecnologías para mejorar la precisión de los datos y reducir la carga de mediciones de los procesos y resultados (p. ej., dispositivos de seguimiento portátiles o análisis de macrodatos)
- Expandir y validar los métodos para medir la efectividad de la cobertura
- Desarrollar nuevos métodos para probar la competencia del sistema en el tiempo, tales como el seguimiento de pacientes
- Incorporar un estudio de la implementación en las evaluaciones de estrategias de mejoramiento del sistema sanitario para conocer qué funciona, por qué y en qué contextos
- Ampliar el uso de métodos cualitativos y enfoques de las ciencias sociales, como por ejemplo las ciencias políticas y de la gestión, para la descripción y diagnóstico de los éxitos y fallas en materia de calidad
- Expandir tamaños de muestra y extender la duración de los estudios de todas las estrategias de mejoramiento a fin de establecer el grado de generalización y la sostenibilidad de estos proyectos
- Incluir la experiencia del usuario y los resultados reportados por el paciente en las investigaciones

mejoramiento a fin de medir el efecto de invertir en reformas de salud. La investigación puede orientar la inversión nacional futura, ayudar a desarrollar capacidad local y beneficiar a otros países que tengan contextos similares. Crear plataformas para promover el aprendizaje regional a través de redes y reuniones puede fomentar la difusión de proyectos exitosos y evitar la reproducción de aquellos que no produjeron buenos resultados.

Investigadores

(1) Medir la calidad y evaluar las mejoras en la calidad. La investigación no es un lujo: las mediciones erróneas, la confianza en suposiciones en vez de en evidencias y la reproducción de proyectos fallidos causan la pérdida de vidas humanas, dañan la confianza y malgastan recursos. Los datos sobre la calidad asistencial de los PBMI no reflejan la carga actual de enfermedades; poco se conoce acerca de la atención médica para la diabetes o para enfermedades cardiovasculares y casi nada acerca de enfermedades respiratorias, cáncer, salud mental, lesiones y procedimientos quirúrgicos. Los adolescentes y los adultos mayores son menos visibles que otros grupos de edades en los datos disponibles. Los datos disponibles ofrecen un mejor panorama acerca de la atención episódica y de rutina que de los servicios longitudinales o tratamientos para eventos graves, como complicaciones obstétricas y neonatales o urgencias médicas y procedimientos quirúrgicos. Solventar esta falta de información requerirá una mejor recolección de datos rutinarios y nuevas investigaciones. Al evaluar el mejoramiento de la calidad, hallamos que la base de datos de muchas estrategias conocidas es sorprendentemente poco significativa. Será necesario evaluar en profundidad todas las estrategias de mejoramiento, en lo posible utilizando métodos científicos de implementación, para justificar su aplicación a escala nacional. Las prioridades de investigación de esta Comisión se muestran en el Recuadro 16.

Conclusión

Si bien los sistemas de salud serán distintos dependiendo de contexto, todos los ciudadanos deberían poder recibir una atención médica de alta calidad que mejore su salud y merezca su confianza. Es hora de replantearnos nuestros enfoques anteriores: para exigir e invertir más en este determinante fundamental para la salud.

Colaboradores

MEK conceptualizó el proyecto y todos los autores colaboraron en el diseño de este trabajo. La versión preliminar de este informe fue escrita por un equipo de redacción central dirigido por MEK, que incluía a CA, ADG, KJ, HHL y SR-D, con la colaboración de MP y Working Group Chairs MM, ETL, SVD, TM, LRH, MPM, OFN y OG. Todos los autores han contribuido al contenido intelectual del informe en general, de las conclusiones y recomendaciones, y a la escritura y edición de versiones posteriores. Todos los autores han autorizado la publicación de este trabajo. Las opiniones expresadas en este informe no representan necesariamente las opiniones, decisiones o políticas de las fuentes de financiación ni de las instituciones con las que está afiliada, entre ellas, la Fundación Bill & Melinda Gates, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU., el Banco Mundial, la OMS y el Banco Interamericano de desarrollo.

Declaración de intereses

MPM informa haber trabajado en colaboración con aliados del desarrollo (p. ej., PEPFAR, CHAI y BMGF) en otros proyectos. JGM informa subvenciones por parte del Monitoring and Evaluation for GE SS2020—subvención del Developing Health Globally and GE Safe Surgery 2020, en otros proyectos. MP ha sido asesor de Novartis Foundation y es miembro del consejo consultivo de Merck for Mothers. ME reporta subvenciones por parte de Wellcome Trust y de MRC (Reino Unido), en otros proyectos. El resto de los autores declara no poseer intereses en conflicto.

Agradecimientos

El trabajo de esta Comisión fue apoyado por una subvención de MEK de la Fundación Bill & Melinda Gates. Los financiadores no intervinieron en el diseño del estudio, el análisis e interpretación de datos, la redacción del informe ni en la presentación para su publicación. Este trabajo se ha beneficiado de las contribuciones de muchas personas. Agradecemos a los miembros de la Comisión que no formaron parte del grupo de redacción: Nila Moeloek (Ministerio de Salud, Indonesia), Margaret Kenyatta (Gobierno de Kenia), Vuyokazi Gonyela (SECTION27, Sudáfrica). Quisiéramos extender nuestro reconocimiento a Daniel McKenna, Asistente de la Commision, por todas las contribuciones realizadas a esta Comisión y a la elaboración de este informe. También agradecemos a los miembros de la Secretaría de la Comisión: Paula Abril Campos, Denizhan Duran, Hannah James, Naima Joseph, Dennis Lee, Todd Lewis, Emilia Ling, Erlyn Macarayan, Sohini Mukherjee, Caroline Pogge, Adriana Ramirez, Mathilda Regan, David Sando, Jigyasa Sharma y Liana Woskie. Agradecemos enormemente el asesoramiento especializado y las valiosas contribuciones de: Ishtar Al-Shammari (Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud, Reino Unido), Amit Aryal (Health Policy Adviser, Nepal), Sebastian Bauhoff (Centro para el Desarrollo Global, EE. UU.), Shannon Barkley (OMS, Suiza), Antoinette Bhattacharya (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Meghan Bohren (OMS, Suiza), Danielle Cazabon (Universidad McGill, Canadá), el Centre for Global Health Research (Universidad de Toronto, Canadá), Francesco Checchi (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), David Clarke (OMS, Suiza), Jessica Cohen (Harvard T.H. Escuela Chan de Salud Pública, EE. UU.), Anna Dare (Centre for Global Health Research, Canadá), Laura del Pilar Torres-Arreola (Instituto Nacional de Salud Pública, México), Ames Dhai (University of the Witwatersrand, Sudáfrica), Alicia Doyon (Area 8 Creative, EE. UU.), Franziska Fuerst (Ministerio de Relaciones Exteriores, Nepal), Sebastian Garcia Saiso (Ministerio Federal de Salud, México), Meenakshi Gautham (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Catherine Goodman (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Kara Hanson (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Razel Nikka Hao (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Som Hun (University Research Company, EE. UU.), Emma Margarita Irarte Carcamo (Banco Interamericano de desarrollo, Panamá), Katie Iverson (Escuela de Medicina de Harvard, EE. UU.), Lindsay Jaacks (Harvard T.H. Escuela Chan de Salud Pública, EE. UU.), Kristy Kade (Alianza Cinta Blanca, EE. UU.), Micheline Kennedy, (GMMB Inc., EE. UU.), Rajat Khosla (OMS, Suiza), Patrycja Kolpak (Centre for Global Health Research, Canadá), David Ljungman (Escuela de Medicina de Harvard, EE. UU.), Hema Magge (Institute for Healthcare Improvement, Etiopía), Safiah Hwai Chuen Mai (OMS, Suiza), Blerta Maliqi (OMS, Suiza), Betsy McCallon (Alianza Cinta Blanca, EE. UU.), Margaret McConnell (Harvard T.H. Escuela Chan de Salud Pública, EE. UU.), Zoë Mullan (Salud Global *The Lancet*, Reino Unido), Jennifer Nelson (Banco Interamericano de desarrollo., EE. UU.), Josh Ng-Kamstra (Universidad de Toronto, Canadá), Ellen Nolte (Escuela

de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Oluwakemi Okunade (Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud, Reino Unido), Olatunde Olayinka (Universidad Brandeis, EE. UU.), Madhukar Pai (Universidad McGill, Canadá), Tripti Pande (Universidad McGill, Canadá), Timothy Powell-Jackson (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Katherine Ann Reyes (Universidad de Manila, Filipinas), Bayard Roberts (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido), Viviana Rodriguez (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Argentina), Samantha Y Rowe (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.), Carmen Santamaría (Bona Dea Salud, México), Mark Shrime (Escuela de Medicina de Harvard, EE. UU.), Kate Somers (Fundación Bill & Melinda Gates, EE. UU.), Marcus Stahlhofer (OMS, Suiza), Özge Tunçalp (OMS, Suiza), Rachel Yorlets (Escuela de Medicina de Harvard, EE. UU.), y Muhammad H Zaman (Universidad de Boston, EE. UU.). Los miembros de las Comisiones Nacionales sobre HQSS, grupos de asesores y contribuyentes adicionales se mencionan en el apéndice.

Referencias

1 Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing global health 2012: the end of the golden age? Seattle, WA: IHME, 2012.

2 Dieleman J, Campbell M, Chapin A, et al, and the Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; **389:** 1981–2004.

3 Victora CG, Requejo JH, Barros AJ, et al. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2016; **387:** 2049–59.

4 Xu K, Soucat A, Kutzin J, et al. New perspectives on global health spending for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2017.

5 Murray CJ, Ortblad KF, Guinovart C, et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; **384:** 1005–70.

6 Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; **380:** 2095–128.

7 Tessema GA, Laurence CO, Melaku YA, et al. Trends and causes of maternal mortality in Ethiopia during 1990–2013: findings from the Global Burden of Diseases study 2013. *BMC Public Health* 2017; **17:** 160.

8 Ng M, Misra A, Diwan V, Agnani M, Levin-Rector A, De Costa A. An assessment of the impact of the JSY cash transfer program on maternal mortality reduction in Madhya Pradesh, India. *Glob Health Action* 2014; **7:** 24939.

9 Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015; **12:** e1001847.

10 Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med* 2008; **66:** 1939–50.

11 Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet* 2017; **390:** 156–68.

12 Marmot M, and the Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; **370:** 1153–63.

13 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. General Comment No.14: the right to the highest attainable standard of health (art. 12 of the Covenant); E/C.12/2000/4. 2000. http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html. (Acceso el 25 de abril, 2018).

14 Jamison DT, Alwan A, Mock CN, et al. Universal health coverage and intersectoral action for health: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edn. *Lancet* 2017; **391:** 1108–20.

15 Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff (Millwood)* 2008; **27:** 58–71.

16 WHO. Everybody's business–strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.

17 WHO, World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report: World Health Organization, World Bank, 2015. 2015. http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/ (acceso el 14 de agosto, 2018).

18 Kruk ME, Pate M, Mullan Z. Introducing *The Lancet Global Health* Commission on high-quality health systems in the SDG era. *Lancet Glob Health* 2017; **5:** e480–81.

19 Kieny M-P, Evans TG, Scarpetta S,et al. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Washington, DC: Grupo Banco Mundial, 2018.

20 Kruk ME, Nigenda G, Knaul FM. Redesigning primary care to tackle the global epidemic of noncommunicable disease. *Am J Public Health* 2015; **105:** 431–37.

21 PHCPI. Primary Health Care Performance Initiative. 2017. https://phcperformanceinitiative.org (acceso el 22 de diciembre, 2017).

22 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; **44:** 166–206.

23 Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press, 2001.

24 Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

25 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; **363:** 2477–81.

26 WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. 2015. http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/ (acceso el 14 de agosto, 2018).

27 Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG* 2015; **122:** 1045–49.

28 Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Stud Fam Plann* 1990; **21:** 61–91.

29 Rockers PC, Kruk ME, Laugesen MJ. Perceptions of the health system and public trust in government in low- and middle-income countries: evidence from the World Health Surveys. *J Health Polit Policy Law* 2012; **37:** 405–37.

30 Backman G, Hunt P, Khosla R, et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; **372:** 2047–85.

31 Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet* 2015; **385:** 1910–12.

32 Gilson L, Barasa E, Nxumalo N, et al. Everyday resilience in district health systems: emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Glob Health* 2017; **2:** e000224.

33 Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press, 2003.

34 Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* 2014; **23:** 290–98.

35 Leslie HH, Sun Z, Kruk ME. Association between infrastructure and observed quality of care in 4 healthcare services: a cross-sectional study of 4,300 facilities in 8 countries. *PLoS Med* 2017; **14:** e1002464.

36 Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the *Lancet* Commission report. *Lancet* 2018; **391:** 1391–454.

37 Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2013; **91:** 10–14.

38 Kruk ME, Chukwuma A, Mbaruku G, Leslie HH. Variation in quality of primary-care services in Kenya, Malawi, Namibia, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2017; **95:** 408–18.

39 Semrau KEA, Hirschhorn LR, Marx Delaney M, et al, and the BetterBirth Trial Group. Outcomes of a coaching-based WHO safe childbirth checklist program in India. *N Engl J Med* 2017; **377:** 2313–24.

40 Carvajal-Vélez L, Amouzou A, Perin J, et al. Diarrhea management in children under five in sub-Saharan Africa: does the source of care matter? A Countdown analysis. *BMC Public Health* 2016; **16:** 830.

41 Sylvia S, Xue H, Zhou C, et al. Tuberculosis detection and the challenges of integrated care in rural China: a cross-sectional standardized patient study. *PLoS Med* 2017; **14:** e1002405.

42 Daniels B, Dolinger A, Bedoya G, et al. Use of standardised patients to assess quality of healthcare in Nairobi, Kenya: a pilot, cross-sectional study with international comparisons. *BMJ Glob Health* 2017; **2:** e000333.

43 WHO. WHO Safe Childbirth Checklist. 2015. http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth/en/. (acceso el 24 de marzo, 2017).

44 WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ (acceso el 24 de marzo, 2017).

45 Arsenault C, Jordan K, Lee D, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health* (en prensa).

46 Adesina A, Chumba D, Nelson AM, et al. Improvement of pathology in sub-Saharan Africa. *Lancet Oncol* 2013; **14:** e152–57.

47 Atun R, Davies JI, Gale EAM, et al. Diabetes in sub-Saharan Africa: from clinical care to health policy. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; **5:** 622–67.

48 Leslie HH, Spiegelman D, Zhou X, Kruk ME. Service readiness of health facilities in Bangladesh, Haiti, Kenya, Malawi, Namibia, Nepal, Rwanda, Senegal, Uganda and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2017; **95:** 738–48.

49 Mendelson M, Matsoso MP. The World Health Organization global action plan for antimicrobial resistance. *S Afr Med J* 2015; **105:** 325.

50 Peabody JW, DeMaria L, Smith O, Hoth A, Dragoti E, Luck J. Large-scale evaluation of quality of care in 6 countries of eastern Europe and central Asia using clinical performance and value vignettes. *Glob Health Sci Pract* 2017; **5:** 412–29.

51 Uwemedimo OT, Lewis TP, Essien EA, et al. Distribution and determinants of pneumonia diagnosis using Integrated Management of Childhood Illness guidelines: a nationally representative study in Malawi. *BMJ Glob Health* 2018; **3:** e000506.

52 Das J, Holla A, Das V, Mohanan M, Tabak D, Chan B. In urban and rural India, a standardized patient study showed low levels of provider training and huge quality gaps. *Health Aff (Millwood)* 2012; **31:** 2774–84.

53 Mukadi P, Lejon V, Barbé B, et al. Performance of microscopy for the diagnosis of malaria and human African trypanosomiasis by diagnostic laboratories in the Democratic Republic of the Congo: results of a nation-wide external quality assessment. *PLoS One* 2016; **11:** e0146450.

54 Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *Lancet Oncol* 2013; **14:** 391–436.

55 Cazabon D, Suresh A, Oghor C, et al. Implementation of Xpert MTB/RIF in 22 high tuberculosis burden countries: are we making progress? *Eur Respir J* 2017; **50:** 1700918.

56 Glasziou P, Straus S, Brownlee S, et al. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet* 2017; **390:** 169–77.

57 Johansson EW, Nsona H, Carvajal-Aguirre L, Amouzou A, Hildenwall H. Determinants of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) non-severe pneumonia classification and care in Malawi health facilities: analysis of a national facility census. *J Glob Health* 2017; **7:** 020408.

58 Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Health* 2016; **1:** e000010.

59 Subbaraman R, Nathavitharana RR, Satyanarayana S, et al. The tuberculosis cascade of care in India's public sector: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2016; **13:** e1002149.

60 Naidoo P, Theron G, Rangaka MX, et al. The South African tuberculosis care cascade: estimated losses and methodological challenges. *J Infect Dis* 2017; **216** (suppl 7)**:** S702–13.

61 Manne-Goehler J, Atun R, Stokes A, et al. Diabetes diagnosis and care in sub-Saharan Africa: pooled analysis of individual data from 12 countries. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; **4:** 903–12.

62 Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *Br J Psychiatry* 2017; **210:** 119–24.

63 Alshamsan R, Lee JT, Rana S, Areabi H, Millett C. Comparative health system performance in six middle-income countries: cross-sectional analysis using World Health Organization study of global ageing and health. *J R Soc Med* 2017; **110:** 365–75.

64 Li J, Li X, Wang Q, et al, and the China PEACE Collaborative Group. ST-segment elevation myocardial infarction in China from 2001 to 2011 (the China PEACE-Retrospective Acute Myocardial Infarction Study): a retrospective analysis of hospital data. *Lancet* 2015; **385:** 441–51.

65 Satyanarayana S, Kwan A, Daniels B, et al. Use of standardised patients to assess antibiotic dispensing for tuberculosis by pharmacies in urban India: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* 2016; **16:** 1261–68.

66 Li Y, Xu J, Wang F, et al. Overprescribing in China, driven by financial incentives, results in very high use of antibiotics, injections, and corticosteroids. *Health Aff (Millwood)* 2012; **31:** 1075–82.

67 Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015; **314:** 2263–70.

68 Reardon S. Antibiotic resistance sweeping developing world. *Nature* 2014; **509:** 141–42.

69 Versporten A, Zarb P, Caniaux I, et al, and the Global-PPS network. Antimicrobial consumption and resistance in adult hospital inpatients in 53 countries: results of an internet-based global point prevalence survey. *Lancet Glob Health* 2018; **6:** e619–29.

70 Guanais F, Regalía F, Pérez-Cuevas R, Anaya M. Desde el paciente. Experiencias con la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2018.

71 The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43874/1/9789241596541_eng.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

72 Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; **22:** 809–15.

73 WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1 (acceso el 14 de agosto, 2018).

74 WHO. UNICEF. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: status in low and middle income countries and way forward. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf. (acceso el 13 de febrero, 2018).

75 Bedoya G, Dolinger A, Rogo K, et al. Observations of infection prevention and control practices in primary health care, Kenya. *Bull World Health Organ* 2017; **95:** 503–16.

76 Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps in primary care and health system performance in six Latin American and Caribbean countries. *Health Aff (Millwood)* 2016; **35:** 1513–21.

77 Pan AHO. Cervical Cancer Prevention and Control Programs: a rapid assessment in 12 countries of Latin America. 2010. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16119&Itemid=270&lang=en (acceso el 14 de agosto, 2018).

78 WHO. Consolidated guidelines on HIV Testing Services. 2015. http://who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/ (acceso el 14 de agosto, 2018).

79 UNAIDS. AIDSinfo. 2017. http://aidsinfo.unaids.org/ (acceso el 14 de agosto, 2018).

80 Wells JE, Browne MO, Aguilar-Gaxiola S, et al. Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *Br J Psychiatry* 2013; **202:** 42–49.

81 MacPherson P, Houben RM, Glynn JR, Corbett EL, Kranzer K. Pre-treatment loss to follow-up in tuberculosis patients in low- and lower-middle-income countries and high-burden countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* 2014; **92:** 126–38.

82 WHO. Global Tuberculosis Report 2017. 2017. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/ (acceso el 14 de agosto, 2018).

83 Matityahu A, Elliott I, Marmor M, Caldwell A, Coughlin R, Gosselin RA. Time intervals in the treatment of fractured femurs as indicators of the quality of trauma systems. *Bull World Health Organ* 2014; **92:** 40–50.

84 Kruk ME, Kujawski S, Moyer CA, et al. Next generation maternal health: external shocks and health-system innovations. *Lancet* 2016; **388:** 2296–306.

85 Neogi SB, Sharma J, Negandhi P, Chauhan M, Reddy S, Sethy G. Risk factors for stillbirths: how much can a responsive health system prevent? *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; **18:** 33.

86 Sreeramareddy CT, Panduru KV, Menten J, Van den Ende J. Time delays in diagnosis of pulmonary tuberculosis: a systematic review of literature. *BMC Infect Dis* 2009; **9:** 91.

87 E C, Dahrouge S, Samant R, Mirzaei A, Price J. Radical radiotherapy for cervix cancer: the effect of waiting time on outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; **61:** 1071–77.

88 Brinton L, Figueroa J, Adjei E, et al, and the Ghana Breast Health Study team. Factors contributing to delays in diagnosis of breast cancers in Ghana, West Africa. *Breast Cancer Res Treat* 2017; **162:** 105–14.

89 Instituto Mexicano del Seguro Social. Indicadores médicos 2016: Procesos de Salud—Enfermedad en Población Derechohabiente. 2017. http://intranet/datos/infosalud/Paginas/Indicadores_Medicos.aspx (acceso el 14 de agosto, 2018).

90 Recondo G, Cosacow C, Cutuli HJ, et al. Access to oncological care in patients with breast and lung cancer treated at public and private hospitals in Buenos Aires, Argentina. *J Clin Oncol* 2018; **36:** e18640.

91 Larson E, Leslie HH, Kruk ME. The determinants and outcomes of good provider communication: a cross-sectional study in seven African countries. *BMJ Open* 2017; **7:** e014888.

92 Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013; **3:** e001570.

93 Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017; **7:** e017902.

94 Kruk ME, Gage AD, Joseph N, Danei G, Garcia-Saiso S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* (en prensa).

95 Alkire BC, Peters AW, Shrime MG, Meara JG. The economic consequences of mortality amenable to high-quality health care in low- and middle-income countries. *Health Aff (Millwood)* 2018; **37:** 988–96.

96 Ronsmans C, Graham WJ, and the *Lancet* Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet* 2006; **368:** 1189–200.

97 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, the *Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group, and the *Lancet* Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; **387:** 587–603.

98 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al, the *Lancet* Newborn Interventions Review Group, and the *Lancet* Every Newborn Study Group. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; **384:** 347–70.

99 Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, et al, and the CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018; **391:** 1023–75.

100 Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013; **381:** 1747–55.

101 Biccard BM, Madiba TE, Kluyts H-L, et al, and the African Surgical Outcomes Study (ASOS) investigators. Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *Lancet* 2018; **391:** 1589–98.

102 Meara JG, Leather AJ, Hagander L, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* 2015; **386:** 569–624.

103 Uribe-Leitz T, Jaramillo J, Maurer L, et al. Variability in mortality following caesarean delivery, appendectomy, and groin hernia repair in low-income and middle-income countries: a systematic review and analysis of published data. *Lancet Glob Health* 2016; **4:** e165–74.

104 Ng-Kamstra JS, Arya S, Greenberg SLM, et al. Perioperative mortality rates in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2018; **3:** e000810.

105 Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, et al, and the Acute Care Development Consortium. Emergency care in 59 low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2015; **93:** 577–586G.

106 Lu J, Lu Y, Wang X, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1·7 million adults in a population-based screening study (China PEACE Million Persons Project). *Lancet* 2017; **390:** 2549–58.

107 Xu Y, Wang L, He J, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults. *JAMA* 2013; **310:** 948–59.

108 Cisneros-González N, Ascencio-Montiel IJ, Libreros-Bango VN, et al. Índice de amputaciones de extremidades inferiores en pacientes con diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2016; **54:** 472–79.

109 Stop TB. Partnership U. 90 (90) 90 The Tuberculosis Report for Heads of State and Governments. Geneva, Switzerland, 2017. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/909090_PDF_LR.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

110 Maheu-Giroux M, Filippi V, Samadoulougou S, et al. Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data. *Lancet Glob Health* 2015; **3:** e271–78.

111 Maheu-Giroux M, Filippi V, Maulet N, et al. Risk factors for vaginal fistula symptoms in Sub-Saharan Africa: a pooled analysis of national household survey data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; **16:** 82.

112 Guanais F, Regalia F, Perez-Cuevas R, Anaya M. Desde el paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. [From the patient. Experiences of primary health care in Latin America and the Caribbean.]. Washington, DC. *Inter-American Development Bank* 2018.

113 Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SM, Ying J, Doty MM. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. *Ann Fam Med* 2017; **15:** 113–19.

114 Deaton AS, Tortora R. People in sub-Saharan Africa rate their health and health care among the lowest in the world. *Health Aff (Millwood)* 2015; **34:** 519–27.

115 McCarthy EA, Subramaniam HL, Prust ML, et al. Quality improvement intervention to increase adherence to ART prescription policy at HIV treatment clinics in Lusaka, Zambia: A cluster randomized trial. *PLoS One* 2017; **12:** e0175534.

116 Mekoth N, Dalvi V. Does quality of healthcare service determine patient adherence? Evidence from the primary healthcare sector in India. *Hosp Top* 2015; **93:** 60–68.

117 Gage AD, Leslie HH, Bitton A, et al. Does quality influence utilization of primary health care? Evidence from Haiti. *Global Health* 2018; **14:** 59.

118 Kruk ME, Hermosilla S, Larson E, Mbaruku GM. Bypassing primary care clinics for childbirth: a cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2014; **92:** 246–53.

119 Leonard KL. Active patients in rural African health care: implications for research and policy. *Health Policy Plan* 2014; **29:** 85–95.

120 Abrahim O, Linnander E, Mohammed H, Fetene N, Bradley E. A patient-centered understanding of the referral system in ethiopian primary health care units. *PLoS One* 2015; **10:** e0139024.

121 Li X, Lu J, Hu S, et al. The primary health-care system in China. *Lancet* 2017; **390:** 2584–94.

122 Fe E, Powell-Jackson T, Yip W. Doctor competence and the demand for healthcare: evidence from rural China. *Health Econ* 2017; **26:** 1177–90.

123 New England Healthcare Institute. Clinical care: a comprehensive analysis in support of system-wide improvements, February 2008.

124 WHO. Antimicrobial resistance global report on surveillance. Geneva, Switzerland, 2014.

125 Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland, 2010. http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30C-sectioncosts.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

126 Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2018; **6:** e180–92.

127 Kruk ME, Mbaruku G, Rockers PC, Galea S. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Trop Med Int Health* 2008; **13:** 1442–51.

128 Wagstaff A, Flores G, Hsu J, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* 2018; **6:** e169–79.

129 Stenberg K, Hanssen O, Edejer TT-T, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2017; **5:** e875–87.

130 Watkins D, Qi J, Horton S. Costing Universal Health Coverage: the DCP3 Model: DCP3 Working Paper Series. Working Paper # 20, 2017. http://dcp-3.org/sites/default/files/resources/20.%20Costs%20of%20UHC_Working%20Paper_Watkins%20_final%2013%20Nov_0.pdf (acceso el 14 de enero, 2018).

131 Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57:** 254–58.

132 Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; **1:** 405–12.

133 Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med* 2009; **68:** 2240–46.

134 Grintsova O, Maier W, Mielck A. Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *Int J Equity Health* 2014; **13:** 43.

135 Watkins K. Leaving no-one behind: an equity agenda for the post-2015 goals2013. https://www.odi.org/comment/7924-leaving-no-one-behind-equity-agenda-post-2015-goals (acceso el 4 de noviembre, 2017).

136 Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med* 2015; **13:** 101.

137 WHO. Health in the 2030 Agenda for sustainable development. World Health Assembly resolution 6911. Geneva: World Health Organization, 2016.

138 Tangcharoensathien V, Kanchanachitra C, Thomas R, Pfitzer JH, Whitney P. Addressing the health of vulnerable populations: a call for papers. *Bull World Health Organ* 2016; **94:** 235.

139 World Bank. Inclusion Matters: The foundation for shared prosperity. Washington DC: The World Bank, 2013. https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16195 (acceso el 14 de agosto, 2018).

140 Victora CG, Barros AJ, França GV, da Silva IC, Carvajal-Velez L, Amouzou A. The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries. *Lancet Glob Health* 2017; **5:** e402–07.

141 Arsenault C, Harper S, Nandi A, Mendoza Rodríguez JM, Hansen PM, Johri M. Monitoring equity in vaccination coverage: a systematic analysis of demographic and health surveys from 45 Gavi-supported countries. *Vaccine* 2017; **35:** 951–59.

142 Sharma J, Leslie HH, Kundu F, Kruk ME. Poor quality for poor women? Inequities in the quality of antenatal and delivery care in Kenya. *PLoS One* 2017; **12:** e0171236.

143 Das J, Mohpal A. Socioeconomic status and quality of care in rural India: new evidence from provider and household surveys. *Health Aff (Millwood)* 2016; **35:** 1764–73.

144 Larson E, Hermosilla S, Kimweri A, Mbaruku GM, Kruk ME. Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2014; **14:** 483.

145 Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005; **26:** 513–59.

146 Murphy A, Palafox B, O'Donnell O, et al. Inequalities in the use of secondary prevention of cardiovascular disease by socioeconomic status: evidence from the PURE observational study. *Lancet Glob Health* 2018; **6:** e292–301.

147 Powell-Jackson T, Macleod D, Benova L, Lynch C, Campbell OM. The role of the private sector in the provision of antenatal care: a study of demographic and health surveys from 46 low- and middle-income countries. *Trop Med Int Health* 2015; **20:** 230–39.

148 Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med* 2012; **9:** e1001244.

149 Jordan K, Marten R, Gureje O, Daelmans B, Kruk ME. Where is quality in health systems policy? A commentary on global policy documents. *Lancet Glob Health* (en prensa).

150 Norheim OF. Ethical perspective: five unacceptable trade-offs on the path to universal health coverage. *Int J Health Policy Manag* 2015; **4:** 711–14.

151 Persad GC, Emanuel EJ. The case for resource sensitivity: why it is ethical to provide cheaper, less effective treatments in global health. *Hastings Cent Rep* 2017; **47:** 17–24.

152 Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; **382:** 1898–955.

153 Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 2011; **377:** 2160–61.

154 Barros AJ, Victora CG, Cesar JA, Neumann NA, Bertoldi AD. Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest. Reaching the poor: with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why Washington: The World Bank. 2005: 281–306.

155 Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006; **368:** 1524–34.

156 Miljeteig I, Onarheim KH, Defaye FB, et al. Ethics capacity building in low-income countries: Ethiopia as a case study. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2017; 137. DOI:10.4045/tidsskr.17.0759.

157 Berwick DM. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Aff (Millwood)* 2009; **28:** w555–65.

158 Olivier de Sardan JP, Diarra A, Moha M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Res Policy Syst* 2017; **15** (suppl 1)**:** 60.

159 Brinkerhoff D. Accountability and health systems: overview framework and strategies. Washington DC: Partners for Health Reform Plus, 2003.

160 Govender C. The Deaths of 94 Mental Health-care Users in Gauteng, South Africa. *Front Public Health* 2017; **5:** 126.

161 Brink S. Kenyan Woman Abused by Nurses during Childbirth wins Landmark Case. 2018. https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2018/04/10/600833683/kenyan-women-abused-by-nurses-during-childbirth-wins-landmark-case) (acceso el 14 de agosto, 2018).

162 Martin Hilber A, Blake C, Bohle LF, Bandali S, Agbon E, Hulton L. Strengthening accountability for improved maternal and newborn health: a mapping of studies in Sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2016; **135:** 345–57.

163 Van Belle S, Mayhew SH. Public accountability needs to be enforced -a case study of the governance arrangements and accountability practices in a rural health district in Ghana. *BMC Health Serv Res* 2016; **16:** 568.

164 Buckley R. World Development Report 2004: Making services work for poor people-Overview. Washington, DC: The World Bank, 2003. http://documents.worldbank.org/curated/en/527371468166770790/World-Development-Report-2004-Making-services-work-for-poor-people-Overview (acceso el 10 de septiembre, 2017).

165 National Department of Health. Health Data Advisory and Co-ordination Committee (HDACC) Report. Republic of South Africa: National Department of Health, 2012. http://www.health.gov.za/index.php/2014–08–15–12–55–04/category/100–2012rp?download=187:health-data-advisory-and-co-ordination-committee-hdacc-report (acceso el 14 de agosto, 2018).

166 Hunter J, Chandran T, Asmall S, Tucker J-M, Ravhengani N, Mokgalagadi Y. The Ideal Clinic in South Africa: progress and challenges in implementation. In: Padarath A, Barron P, eds. South African Health Review 2017. Durban: Health Systems Trust; 2017.

167 World Bank. Tanzania. Big results now for health project. Washington, DC: World Bank, 2014. http://documents.worldbank.org/curated/en/648601468112497753/Tanzania-Big-Results-Now-for-Health-Project (acceso el 26 de abril, 2018).

168 World Bank Group. Safety First: Improving access to quality health services in Kenya, expanding global knowledge on disease prevention. Washington, DC, 2016. http://pubdocs.worldbank.org/en/445551501768697125/KePSIE-Study-Brief.pdf (acceso el 2 de mayo, 2018).

169 Rwiyereka AK. Using Rwandan traditions to strengthen programme and policy implementation. *Dev Pract* 2014; **24:** 686–92.

170 Fujisawa R, Hewlett E, Nader C. Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality: OECD, 2017. https://www.oecd.org/els/health-systems/Caring-for-Quality-in-Health-Final-report.pdf (acceso el 2 de junio, 2017).

171 National Advisory Group on the Safety of Patients in England. A promise to learn—a commitment to act: Improving the Safety of Patients in England. England, 2013. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf (acceso el 17 de marzo, 2017).

172 National Quality Forum. NQF's strategic direction 2016–2019: lead, prioritize, and collaborate for better healthcare measurement. 2017. http://www.qualityforum.org/NQF_Strategic_Direction_2016–2019.aspx (acceso el 12 de noviembre, 2017).

173 Health Data Collaborative. Health data collaborative progress report 2016–2017: Health Data Collaborative, 2017. https://www.healthdatacollaborative.org/fileadmin/uploads/hdc/Documents/HealthDataCollaborative_Progress_Report_2016–2017.pdf (acceso el 11 de noviembre, 2017).

174 World Bank Group, World Health Organization, Ministry of Finance, National Health and Family Planning Commission, Ministry of Human Resources and Social Security. Deepening health reform in China, building high-quality and value-based service delivery. Washington, DC: World Bank Group, 2016. https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/24720/HealthReformInChina.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

175 Recommendations to OECD Ministers of Health from the high level reflection group on the future of health statistics: Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators, 2017. http://www.oecd.org/health/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

176 La Vincente S, Aldaba B, Firth S, Kraft A, Jimenez-Soto E, Clark A. Supporting local planning and budgeting for maternal, neonatal and child health in the Philippines. *Health Res Policy Syst* 2013; **11:** 3.

177 Gates B. The next epidemic--lessons from Ebola. *N Engl J Med* 2015; **372:** 1381–84.

178 United Nations Development Program. Sustainable Development Goals. Geneva: United Nations, 2015. http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/ (acceso el 25 de marzo, 2017).

179 Martin GP, McKee L, Dixon-Woods M. Beyond metrics? Utilizing 'soft intelligence' for healthcare quality and safety. *Soc Sci Med* 2015; **142:** 19–26.

180 Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy Plan* 2016; **31** (suppl 2)**:** ii12–24.

181 Mbondji PE, Kebede D, Soumbey-Alley EW, Zielinski C, Kouvividila W, Lusamba-Dikassa PS. Health information systems in Africa: descriptive analysis of data sources, information products and health statistics. *J R Soc Med* 2014; **107** (suppl)**:** 34–45.

182 Kenya Ministry of Health. Resource mapping for health information and monitoring and evaluation systems. Nairobi, Kenya: Ministry of Health, Republic of Kenya; USAID; Health Data Collaborative; Measure Evaluation PIMA, 2017. https://www.healthdatacollaborative.org/fileadmin/uploads/hdc/Documents/Country_documents/Kenya_HIS_Mapping_report_FINAL.pdf (acceso el 12 de noviembre, 2017).

183 WHO. Service Availability and Readiness Assessment (SARA) Reference Manual. Geneva: World Health Organization, 2013. http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_Reference_Manual_Full.pdf (acceso el 4 de febrero, 2017).

184 Gergen J, Josephson E, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. Quality of care in performance-based financing: how it is incorporated in 32 programs across 28 countries. *Glob Health Sci Pract* 2017; **5:** 90–107.

185 Campbell H, El Arifeen S, Hazir T, et al. Measuring coverage in MNCH: challenges in monitoring the proportion of young children with pneumonia who receive antibiotic treatment. *PLoS Med* 2013; **10:** e1001421.

186 MEASURE Evaluation. Routine health information systems: a curriculum on basic concepts and practices. Chapel Hill, North Carolina, USA: MEASURE Evaluation; 2017.

187 AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. *Bull World Health Organ* 2005; **83:** 578–83.

188 WHO. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Geneva: World Health Organization, 2016. http://www.who.int/goe/publications/global_diffusion/en/ (acceso el 14 de noviembre, 2017).

189 Health Information Systems Programme. DHIS 2 In Action. 2017. https://www.dhis2.org/inaction (acceso el 10 de enero, 2018).

190 Akanbi MO, Ocheke AN, Agaba PA, et al. Use of electronic health records in sub-Saharan Africa: progress and challenges. *J Med Trop* 2012; **14:** 1–6.

191 Akhlaq A, McKinstry B, Muhammad KB, Sheikh A. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *Health Policy Plan* 2016; **31:** 1310–25.

192 Dare AJ, Ng-Kamstra JS, Patra J, et al, and the Million Death Study Collaborators. Deaths from acute abdominal conditions and geographical access to surgical care in India: a nationally representative spatial analysis. *Lancet Glob Health* 2015; **3:** e646–53.

193 Boerma T, AbouZahr C, Evans D, Evans T. Monitoring intervention coverage in the context of universal health coverage. *PLoS Med* 2014; **11:** e1001728.

194 Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJL, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring Universal Health Coverage. *PLoS Med* 2014; **11:** e1001730.

195 Cazabon D, Alsdurf H, Satyanarayana S, et al. Quality of tuberculosis care in high burden countries: the urgent need to address gaps in the care cascade. *Int J Infect Dis* 2017; **56:** 111–16.

196 Mulley A, Coulter A, Wolpert M, Richards T, Abbasi K. New approaches to measurement and management for high integrity health systems. *BMJ* 2017; **356:** j1401.

197 Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc* 2009; **12:** 15.

198 Leisher SH, Sprockett A, Longfield K, Montagu D, eds. Quality measurement in family planning: past, present, future: papers from the Bellagio meeting on family planning quality, October 2015. Oakland, CA: Metrics for Management, 2016. http://m4mgmt.org/wp-content/uploads/2017/07/Bellagio-book-web.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

199 International Consortium for Health Outcomes Measurement. Hypertension in low- and middle-income countries: data collection reference guide. Cambridge, MA, 2017. http://www.ichom.org/download/hypertension-in-low-and-middle-income-countries/ (acceso el 15 de noviembre, 2017).

200 Okunade O, Arora J, Haverhals A, Niessen L. Collaborating for Value: the Santeon Hospitals in the Netherlands. Cambridge, MA: ICHOM, 2017. http://www.ichom.org/wp-content/uploads/2013/10/Santeon_Case_Study_Final.pdf (acceso el 15 de noviembre, 2017).

201 Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health* 2015; **135:** 243–50.

202 Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 2017; **137:** 89–101.

203 Martin L, Nelson E. Whole system measures 2.0: a compass for health system leaders. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016.

204 English M, Mwaniki P, Julius T, et al. Hospital mortality—a neglected but rich source of information supporting the transition to higher quality health systems in low and middle income countries. *BMC Med* 2018; **16:** 32.

205 Thomas J, Ayieko P, Ogero M, et al, and the Clinical Information Network. Blood transfusion delay and outcome in county hospitals in Kenya. *Am J Trop Med Hyg* 2017; **96:** 511–17.

206 Maluka S, Kamuzora P, San Sebastiån M, et al. Decentralized health care priority-setting in Tanzania: evaluating against the accountability for reasonableness framework. *Soc Sci Med* 2010; **71:** 751–59.

207 Barasa EW, Cleary S, Molyneux S, English M. Setting healthcare priorities: a description and evaluation of the budgeting and planning process in county hospitals in Kenya. *Health Policy Plan* 2017; **32:** 329–37.

208 Boerma T, Victora C, Abouzahr C. Monitoring country progress and achievements by making global predictions: is the tail wagging the dog? *Lancet* 2018; publicado en línea el 13 de abril. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30586-5.

209 Walshe K, Shortell SM. When things go wrong: how health care organizations deal with major failures. *Health Aff (Millwood)* 2004; **23:** 103–11.

210 Rao S. Hospital geocodes for Karnataka, India. 2016.

211 Bhattacharyya S, Berhanu D, Taddesse N, et al. District decision-making for health in low-income settings: a case study of the potential of public and private sector data in India and Ethiopia. *Health Policy Plan* 2016; **31** (suppl 2)**:** ii25–34.

212 WHO. A handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2018.

213 Hoque DME, Kumari V, Hoque M, Ruseckaite R, Romero L, Evans SM. Impact of clinical registries on quality of patient care and clinical outcomes: A systematic review. *PLoS One* 2017; **12:** e0183667.

214 Andhra Pradesh Department of Health Medical and Family Welfare. Bio Metric Attendance. 2018. http://hmfw.ap.gov.in/bio-metric.aspx (acceso el 1 de febrero, 2018).

215 Kenya National Bureau of Statistics. Kenya Data Portal. 2018. http://kenya.opendataforafrica.org/ (acceso el 1 de febrero, 2018).

216 Evans AM, Campos A. Open government initiatives: challenges of citizen participation. *J Policy Anal Manage* 2012; **32:** 172–85.

217 Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005; **293:** 1239–44.

218 Amabile TM, Kramer SJ. The power of small wins. *Harv Bus Rev* 2011; **89:** 70–80.

219 Dixon-Woods M, Martin G. Does quality improvement improve quality? *Future Hosp J* 2016; **3:** 191–94.

220 Dixon-Woods M, Pronovost PJ. Patient safety and the problem of many hands. *BMJ Qual Saf* 2016; **25:** 485–88.

221 Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. *JAMA* 2012; **308:** 243–44.

222 Adam T, de Savigny D. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. *Health Policy Plan* 2012; **27** (suppl 4)**:** iv1–3.

223 De Savigny D, Adam T. Systems thinking for health systems strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2009.

224 Thaler RH. Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness. New Haven; 2008.

225 WHO. Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Geneva, Switzerland, 2014. http://www.who.int/universal_health_coverage/plan_action-hsgov_uhc/en/ (acceso el 23 de enero, 2018).

226 Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy* 2009; **90:** 13–25.

227 WHO. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

228 Doubova SV, García-Saiso S, Pérez-Cuevas R, et al. Quality governance in a pluralistic health system: Mexican experience and challenges. *Lancet Glob Health* 2018; publicado en línea el 6 de septiembre. http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30321-8..

229 Stroh DP. Systems thinking for social change: a practical guide to solving complex problems, avoiding unintended consequences, and achieving lasting results. White River Junction, Vermont Chelsea Green Publishing; 2015.

230 Edmondson AC, Harvey J-F. Cross-boundary teaming for innovation: Integrating research on teams and knowledge in organizations. *Hum Resour Manage Rev* 2017; DOI:10.1016/j.hrmr.2017.03.002.

231 Grépin KA. HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV health services in sub-Saharan Africa. *Health Aff (Millwood)* 2012; **31:** 1406–14.

232 Wilson N. Can Disease-Specific Funding Harm Health? in the Shadow of HIV/AIDS Service Expansion. *Demography* 2015; **52:** 1671–700.

233 Topp SM, Chipukuma JM. How did rapid scale-up of HIV services impact on workplace and interpersonal trust in Zambian primary health centres: a case-based health systems analysis. *BMJ Glob Health* 2016; **1:** e000179.

234 WHO. Towards better leadership and management in health: report on an international consultation on strengthening leadership and management in low-income countries. Ginebra, Suiza, 2007.

235 Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ. Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. *Int J Health Policy Manag* 2015; **4:** 411–15.

236 Lega F, Prenestini A, Spurgeon P. Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies. *Value Health* 2013; **16** (suppl)**:** S46–51.

237 Mabuchi S, Sesan T, Bennett SC. Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan* 2018; **33:** 41–58.

238 Bradley EH, Byam P, Alpern R, et al. A systems approach to improving rural care in Ethiopia. *PLoS One* 2012; **7:** e35042.

239 Kebede S, Mantopoulos J, Ramanadhan S, et al. Educating leaders in hospital management: a pre-post study in Ethiopian hospitals. *Glob Public Health* 2012; **7:** 164–74.

240 Umble KE, Brooks J, Lowman A, et al. Management training in Vietnam's National Tuberculosis Program: an impact evaluation. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009; **13:** 238–46.

241 Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Glob Health* 2017; **2:** e000343.

242 El-Jardali F, Akl EA, Fadlallah R, et al. Interventions to combat or prevent drug counterfeiting: a systematic review. *BMJ Open* 2015; **5:** e006290.

243 Akhtar A. Health care regulation in low-and middle income countries: a review of the literature. *Health Policy and Health Finance Knowledge Hub: Working Paper Series*. 2011; (14).

244 WHO. Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services: Report by the Secretariat. Geneva, 2010. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_25-en.pdf (acceso el 19 de julio, 2017).

245 Naylor CD, Gerace R, Redelmeier DA. Maintaining physician competence and professionalism: Canada's fine balance. *JAMA* 2015; **313:** 1825–26.

246 Dixon-Woods M, Yeung K, Bosk CL. Why is U.K. medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors. *Soc Sci Med* 2011; **73:** 1452–59.

247 Bauchner H, Fontanarosa PB, Thompson AE. Professionalism, governance, and self-regulation of medicine. *JAMA* 2015; **313:** 1831–36.

248 Del Rosario SS. PMA legacy. Philippine Medical Association. https://www.philippinemedicalassociation.org/pma-legacy/ (acceso el 25 de abril, 2018).

249 Potts H. Partiticipation and the Right to the Highest Attainable Standard of Health: University of Essex: Human Rights Centre, 2008. http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

250 Howard-Grabman L, Miltenburg AS, Marston C, Portela A. Factors affecting effective community participation in maternal and newborn health programme planning, implementation and quality of care interventions. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; **17:** 268.

251 Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf (acceso el 24 de marzo, 2018).

252 Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet* 2018; **391:** 1205–23.

253 London L, Schneider H. Globalisation and health inequalities: can a human rights paradigm create space for civil society action? *Soc Sci Med* 2012; **74:** 6–13.

254 Ray S, Madzimbamuto F, Fonn S. Activism: working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters* 2012; **20:** 40–49.

255 Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Chalker J, Ross-Degnan D. A systematic review of the effectiveness of strategies to improve health care provider practices in low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. (in press)

256 Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2008; **20:** 172–83.

257 Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy* 2014; **116:** 1–11.

258 Langley GJ, Moen R, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2nd edn. San Francisco, California Jossey-Bass Publishers; 2009.

259 Quao NSA, Bonney J, Forson PK, Oduro G. Overcrowding in a low resource emergency setting in west Africa: perceptions by health workers in the accident and emergency center, Komfo Anokye Teaching Hospital (Kath) Kumasi, Ghana. *Prehosp Disaster Med* 2017; **32:** S33–34.

260 El-Sadr WM, Harripersaud K, Rabkin M. Reaching global HIV/AIDS goals: What got us here, won't get us there. *PLoS Med* 2017; **14:** e1002421.

261 Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, et al. Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health* 2015; **20:** 430–47.

262 Kredo T, Ford N, Adeniyi FB, Garner P. Decentralising HIV treatment in lower- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **6:** CD009987.

263 Holmes KK, Bertozzi S, Bloom BR, Jha P. Disease Control Priorities, Third Edition: Volume 6. Major Infectious Diseases. Washington, DC World Bank; 2017.

264 Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low- and middle-income countries. *J Gen Intern Med* 2017; **32:** 566–71.

265 Duffy S, Lee TH. In-Person Health Care as Option B. *N Engl J Med* 2018; **378:** 104–06.

266 Lee A, Cousens S, Darmstadt G, et al. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: a systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; **11** (suppl 3)**:** S10.

267 Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *Lancet Glob Health* 2016; **4:** e845–55.

268 Elmusharaf K, Byrne E, AbuAgla A, et al. Patterns and determinants of pathways to reach comprehensive emergency obstetric and neonatal care (CEmONC) in South Sudan: qualitative diagrammatic pathway analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; **17:** 278.

269 Straneo M, Hanson C, Fogliati P, Mbaruku GM. Minimum obstetric volume in low-income countries. *Lancet* 2017; **389:** 698.

270 Goldenberg RL, McClure EM. Improving birth outcomes in low- and middle-income countries. *N Engl J Med* 2017; **377:** 2387–88.

271 Hofman JJ, Dzimadzi C, Lungu K, Ratsma EY, Hussein J. Motorcycle ambulances for referral of obstetric emergencies in rural Malawi: do they reduce delay and what do they cost? *Int J Gynaecol Obstet* 2008; **102:** 191–97.

272 Bellows B, Conlon CM, Higgs E, et al. A taxonomy and results from a comprehensive review of 28 maternal health voucher programmes. *J Health Popul Nutr* 2013; **31** (suppl 2)**:** 106–28.

273 Gorry C. Cuban maternity homes: a model to address at-risk pregnancy. *MEDICC Rev* 2011; **13:** 12–15.

274 Ouma PO, Maina J, Thuranira PN, et al. Access to emergency hospital care provided by the public sector in sub-Saharan Africa in 2015: a geocoded inventory and spatial analysis. *Lancet Glob Health* 2018; **6:** e342–50.

275 Bailey PE, Keyes EB, Parker C, Abdullah M, Kebede H, Freedman L. Using a GIS to model interventions to strengthen the emergency referral system for maternal and newborn health in Ethiopia. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; **115:** 300–09.

276 Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **11:** CD011558.

277 Agyepong IA, Sewankambo N, Binagwaho A, et al. The path to longer and healthier lives for all Africans by 2030: the *Lancet* Commission on the future of health in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2018; **390:** 2803–59.

278 Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2011; **377:** 1113–21.

279 Global Health Workforce Alliance, WHO. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization, 2014. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1. (acceso el 5 de mayo, 2017).

280 Leslie HH, Gage A, Nsona H, Hirschhorn LR, Kruk ME. Training and supervision did not meaningfully improve quality of care for pregnant women or sick children in sub-saharan Africa. *Health Aff (Millwood)* 2016; **35:** 1716–24.

281 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; **376:** 1923–58.

282 Kaaya EE, Macfarlane SB, Mkony CA, et al. Educating enough competent health professionals: advancing educational innovation at Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzania. *PLoS Med* 2012; **9:** e1001284.

283 Lozano R, Soliz P, Gakidou E, et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet* 2006; **368:** 1729–41.

284 Thornton RLJ, Powe NR, Roter D, Cooper LA. Patient-physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient Educ Couns* 2011; **85:** e201–08.

285 Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003; **139:** 907–15.

286 El Koussa M, Atun R, Bowser D, Kruk ME. Factors influencing physicians' choice of workplace: systematic review of drivers of attrition and policy interventions to address them. *J Glob Health* 2016; **6:** 020403.

287 Selamu M, Thornicroft G, Fekadu A, Hanlon C. Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2017; **17:** 412.

288 Kazmi R, Amjad S, Khan D. Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008; **20:** 135–39.

289 Aloulou J, Damak R, Masmoudi F, Sidhom O, Amami O. [Burn out in health care providers: a Tunisian study about 142 nurses]. *Tunis Med* 2013; **91:** 44–49.

290 Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, prevention and intervention. *Healthcare (Basel)* 2016; **4:** E37.

291 Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2008; **8:** 247.

292 Linzer M, Poplau S, Grossman E, et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the healthy work place (HWP) study. *J Gen Intern Med* 2015; **30:** 1105–11.

293 WHO. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization, 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf (acceso el 2 de junio, 2017).

294 Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. IHI Framework for Improving Joy in Work White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2017.

295 The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2001.

296 UN Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Geneva: United Nations Economic and Social Council, 2000. https://digitallibrary.un.org/record/628545?ln=en (acceso el 18 de abril, 2017).

297 Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff (Millwood)* 2013; **32:** 207–14.

298 Cohen J, Golub G, Kruk ME, McConnell M. Do active patients seek higher quality prenatal care?: A panel data analysis from Nairobi, Kenya. *Prev Med* 2016; **92:** 74–81.

299 Prost A, Colbourn T, Seward N, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2013; **381:** 1736–46.

300 Molina E, Carella L, Pacheco A, Cruces G, Gasparini L. Community monitoring interventions to curb corruption and increase access and quality in service delivery: a systematic review. *J Dev Effect* 2017; **9:** 462–99.

301 Björkman M, Svensson J. Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda. *Q J Econ* 2009; **124:** 735–69.

302 Nyqvist MB. Walque Dd, Svensson J. Information is power: experimental evidence on the long-run impact of community based monitoring, 2014. http://hdl.handle.net/10986/20364 (acceso el 1 de mayo, 2017).

303 Pandey P, Sehgal AR, Riboud M, Levine D, Goyal M. Informing resource-poor populations and the delivery of entitled health and social services in rural India: a cluster randomized controlled trial. *JAMA* 2007; **298:** 1867–75.

304 Gullo S, Galavotti C, Altman L. A review of CARE's Community Score Card experience and evidence. *Health Policy Plan* 2016; **31:** 1467–78.

305 Centola D, Macy M. Complex Contagions and the weakness of long ties 1. *Am J Sociol* 2007; **113:** 702–34.

306 Leonard KL, Adelman SW, Essam T. Idle chatter or learning? Evidence of social learning about clinicians and the health system from rural Tanzania. *Soc Sci Med* 2009; **69:** 183–90.

307 WHO. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva, Switzerland: WHO, 2017. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254757/1/9789241512107-eng.pdf?ua=1 (acceso el 14 de agosto, 2018).

308 WHO. Strategic purchasing for universal health coverage: unlocking the potential. Global meeting summary and key messages. Geneva Geneva: World Health Organization, 2017. http://www.who.int/iris/handle/10665/254757 (acceso el 1 de febrero, 2018).

309 Musgrove P. Financial and other rewards for good performance or results: a guided tour of concepts and terms and a short glossary. Washington, DC: The World Bank, 2011. https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/RBFglossarylongrevised_0.pdf (acceso el 14 de agosto, 2018).

310 Josephson E, Gergen J, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. How do performance-based financing programmes measure quality of care? A descriptive analysis of 68 quality checklists from 28 low- and middle-income countries. *Health Policy Plan* 2017; **32:** 1120–26.

311 Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ* 2011; **89:** 153–56.

312 Health Results Innovation Trust Fund. Achieving results for women's and children's health: progress report 2015: World Bank, 2015. https://www.rbfhealth.org/publication/achieving-results-women%E2%80%99s-and-childrens-health-2015-progress-report (acceso el 11 de enero, 2018).

313 Health Results Innovation Trust Fund. Learning agenda for results-based financing in the health sector the health results innovation trust fund learning strategy: World Bank, 2016. https://www.rbfhealth.org/sites/rbf/files/The%20Health%20Results%20Innovation%20Trust%20Fund%20Learning%20Strategy.pdf (acceso el 26 de marzo, 2017).

314 Binyaruka P, Patouillard E, Powell-Jackson T, Greco G, Maestad O, Borghi J. Effect of paying for performance on utilisation, quality, and user costs of health services in Tanzania: a controlled before and after study. *PLoS One* 2015; **10:** e0135013.

315 Yip W, Powell-Jackson T, Chen W, et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices in rural China. *Health Aff (Millwood)* 2014; **33:** 502–10.

316 de Walque D, Robyn PJ, Saidou H, Sorgho G, Steenland M. Looking into the performance-based financing black box: evidence from an impact evaluation in the health sector in Cameroon. Washington DC: The World Bank, 2017. http://documents.worldbank.org/curated/en/834601502391015068/Looking-into-the-performance-based-financing-black-box-evidence-from-an-impact-evaluation-in-the-health-sector-in-Cameroon (acceso el 5 de noviembre, 2017).

317 Friedman J, Qamruddin JN, Chansa C, Das AK. Impact Evaluation of Zambia's Health Results-Based Financing Pilot Project. Washington DC: World Bank, 2016. http://documents.worldbank.org/curated/en/798081509456632349/Impact-evaluation-of-Zambia-s-health-results-based-financing-pilot-project (acceso el 14 de mayo, 2017).

318 Borghi J, Little R, Binyaruka P, Patouillard E, Kuwawenaruwa A. In Tanzania, the many costs of pay-for-performance leave open to debate whether the strategy is cost-effective. *Health Aff (Millwood)* 2015; **34:** 406–14.

319 Chimhutu V, Lindkvist I, Lange S. When incentives work too well: locally implemented pay for performance (P4P) and adverse sanctions towards home birth in Tanzania—a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2014; **14:** 23.

320 Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu Rev Public Health* 2009; **30:** 357–71.

321 Mohanan M, Giardili S, Das V, et al. Evaluation of a social franchising and telemedicine programme and the care provided for childhood diarrhoea and pneumonia, India. 2017.

322 Kibria A, Mancher M, McCoy MA, Graham RP, Garber AM, Newhouse JP. Variation in health care spending: target decision making, not geography. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.

323 Ekman B, Pathmanathan I, Liljestrand J. Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action. *Lancet* 2008; **372:** 990–1000.

324 Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *BMJ* 2008; **336:** 1491–94.

325 Wells S, Tamir O, Gray J, Naidoo D, Bekhit M, Goldmann D. Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2018; **27:** 226–40.

326 Magge H, Chilengi R, Jackson EF, Wagenaar BH, Kante AM, the AHI PHIT Partnership Collaborative. Tackling the hard problems: implementation experience and lessons learned in newborn health from the African Health Initiative. *BMC Health Serv Res* 2017; **17** (suppl 3)**:** 829.

327 WHO. The Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind. 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250442/1/9789241511391-eng.pdf?ua=1 (acceso el 14 de agosto, 2018).

Copyright © Los autores. Publicado por Elsevier Ltd. Este documento es de libre acceso bajo la licencia CC BY.