

Capítulo 2

Fortalecer la rectoría para construir un sistema de salud centrado en la persona y orientado al uso de la información

La organización de la atención no está satisfaciendo actualmente las necesidades de salud de la población. Mejorar decididamente los estándares de salud y bienestar de la población mexicana requiere implantar una reforma estructural al sistema de salud de México.

Este capítulo aborda cómo lograr esos cambios. Identifica cómo puede fortalecerse la gobernanza para asegurar la sustentabilidad de una reforma estructural al sistema de salud. Los actores implicados deben compartir la visión de una atención de la salud centrada en la persona que satisfaga tanto las necesidades individuales como colectivas. La atención centrada en la persona se caracteriza por ser preventiva, proactiva y continua, y por responder a las circunstancias cambiantes de la población mexicana.

También es necesario enfocarse en una mejora continua de la calidad de la atención. Tener sistemas de información consolidados y mejorados será indispensable para identificar dónde crear los incentivos necesarios para brindar una atención de alta calidad centrada en la persona.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Enfrentar las tasas sin precedentes de diabetes y obesidad, las crecientes muertes por enfermedades cardiovasculares y una potencial crisis de sustentabilidad financiera requiere realizar reformas al sistema de salud mexicano. México necesita un sistema centrado en las necesidades de salud de la población, capaz de brindar una atención tanto preventiva y personalizada como costo-efectiva y sustentable. En los capítulos 3, 4 y 5 se analizarán los cambios estructurales específicos a los modelos regulatorios, financieros y de prestación de servicios necesarios para lograrlo. El propósito de este capítulo es describir el marco de gobernanza bajo el cual hay que implementar estas reformas.

Si bien puede haber desacuerdos entre los principales actores del sistema en relación con la escala, el ritmo o la secuencia de las reformas, todos deben compartir la visión de un sistema centrado en la persona. La mejora permanente de la calidad como principio también debe formar parte de esta visión. Para alcanzarla es fundamental desarrollar una infraestructura de información más efectiva. Sin ella no podrá mejorarse el acceso, la eficiencia y la sustentabilidad del sistema. Por consiguiente, cómo construir y emplear una infraestructura de información tanto útil como efectiva es el principal tema abordado en este capítulo.

Este capítulo reconoce primero el contexto político bajo el cual deberán realizarse estas reformas. Este tipo de reformas estructurales al sistema de salud se han retrasado porque no existe un consenso sobre cómo alcanzar un acceso equitativo a los servicios de salud para todos, ni tampoco, en cierta medida, sobre cómo y por dónde empezar. Las razones de estas diferencias de opinión se identificarán para incrementar la probabilidad de resolverlas. La sección 2.2 presenta con mayor detalle los principios de la atención médica centrada en la persona y la mejora continua de la calidad. Por último, dada la importancia de las bases de datos para evaluar y mejorar el desempeño del sistema de salud en todas sus dimensiones, en la sección 2.3 se concluye con un análisis de los pasos que México debe seguir para construir un sistema de salud impulsado por la información.

2.1. Se requiere con urgencia implantar reformas estructurales sostenidas e integrales al sistema de salud en México

Innovaciones exitosas como el Seguro Popular son una muestra reciente de que el sistema es capaz de transformarse. Sin embargo, otros intentos de poner en práctica reformas en todo el sistema no han tenido el mismo éxito. Actualmente es oportuno llevar a cabo los cambios requeridos por el sistema de salud.

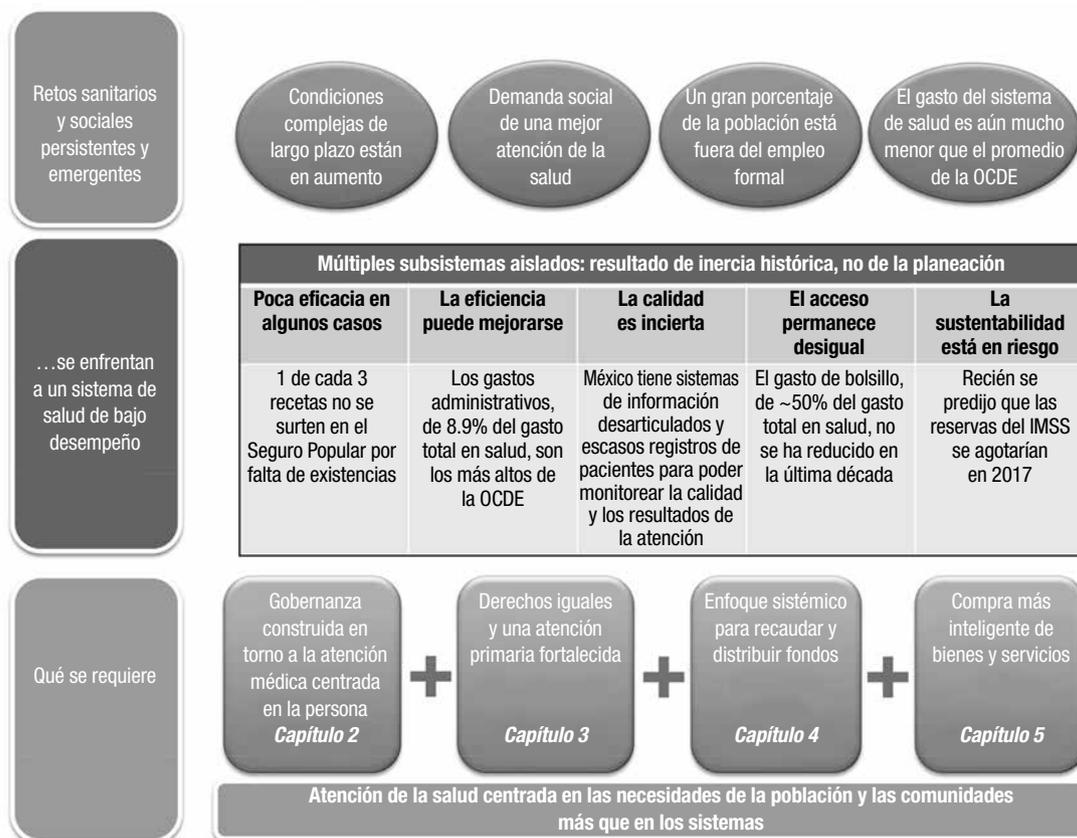
Los mecanismos actuales no satisfacen las necesidades de salud de la población mexicana

Como se ha mostrado en capítulos anteriores, la población mexicana requiere un sistema de salud que atienda oportunamente las crecientes tasas de diabetes y demás enfermedades crónicas e impulse el modesto crecimiento de la esperanza de vida comparado con otros países. Igualmente prioritaria es una protección financiera más justa para las familias, que asegure tanto la calidad de la atención como la sustentabilidad del sistema.

Las debilidades del sistema de salud de México se han reconocido desde hace una década (Frenk et al., 1994; OECD, 2005). El *Estudio del Sistema de Salud Mexicano* realizado por la OCDE en 2005 identificó a la condición laboral como un factor discriminante en el derecho a la protección de la salud. Este estudio resaltó el carácter fragmentado del sistema de salud, inusual comparado con los países de la OCDE, que consta de, por un lado, instituciones de seguridad social verticalmente integradas para las personas con empleo y, por otro, un sistema hospitalario público para el resto de la población. Además de estos dos sistemas públicos de atención, coexiste un mercado de proveedores privados importante pero muy poco regulado.

Al diagnóstico que en 2005 catalogó al sistema como “innecesariamente complejo” subyacen varios factores preocupantes, como inequidades en el acceso y la protección de la salud, falta de garantías de calidad en los servicios y una precaria viabilidad financiera. Desafortunadamente, este diagnóstico sigue vigente: la configuración actual del sistema no cubre las necesidades de salud de la población mexicana en varios frentes (véase la Gráfica 2.1).

Gráfica 2.1. Retos y soluciones necesarios en el sistema de salud de México



El Estudio de 2005 formuló varias recomendaciones para mejorar el desempeño del sistema, incluyendo asegurar un financiamiento global adecuado, aumentar el paquete de beneficios del Seguro Popular, incentivar la productividad del personal, promover la calidad y mejorar la competencia administrativa. Una recomendación clave fue trabajar en pos de una mayor equidad y eficiencia al cambiar de un conjunto de subsistemas fusionados verticalmente (cada uno con sus respectivas funciones de

recaudación, compras y prestación de servicios de salud a su propia población afiliada de forma obligatoria, como se ilustra en la Gráfica 2.1) a una configuración más horizontal. Esta última configuración implica coordinar las funciones de recaudación, compras y prestación de servicios para toda la población, independientemente de sus necesidades de salud, condición laboral o socioeconómica (véase la Gráfica 2.2).

Gráfica 2.2. **Cambio de subsistemas verticales a funciones compartidas de manera horizontal**

Tipo población / Funciones	Población asegurada		Población no asegurada	
	Aseguradores privados	Seguridad Social	Con acceso a servicios públicos (Seguro Popular)	Sin acceso a servicios públicos
Regulación (establecer estándares de atención, supervisar la calidad y definir prioridades)				
Financiamiento (recaudación de aportaciones, tarifas por servicios o impuestos)	Seguro de salud privado	Seguridad Social consolidada		
Prestación de servicios (programas de salud pública y preventiva; prestación de atención de la salud)				
Tamaño de la población	Estable	Creciente	Creciente	Decreciente

Fuente: OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2005*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.

Las funciones de recaudación, compra y prestación de servicios están separadas institucionalmente en la mayoría de los sistemas de salud de la OCDE, ya que se considera que esta separación puede crear mejores incentivos para el uso eficiente de los recursos. En cambio, en México, los aseguradores por lo general gestionan los servicios de salud en función de acuerdos institucionales rígidos, no con base en precios, calidad o distribución óptima de su prestación. Cambiar de subsistemas verticales a funciones compartidas de manera horizontal es quizá la reforma más importante a la que México deberá encaminarse, pero también la que plantea el mayor reto. En los capítulos 3, 4 y 5 se analizará en profundidad cómo superar este desafío.

Históricamente, las reformas al sistema de salud en México han enfrentado numerosos obstáculos

La creación del Seguro Popular demuestra la capacidad del país para implementar reformas ambiciosas en el sector público, como lo han evidenciado reformas más recientes como la educativa y la energética. Sin embargo, estos logros pueden ser la excepción más que la regla. Existen todavía determinados factores en la administración

pública mexicana que parecen impedir la implementación de reformas más emprendedoras y amplias para alcanzar los niveles de salud, riqueza y bienestar que puede conseguir dada su capacidad. Cabe entonces identificar y reflexionar acerca de algunos de estos factores que han limitado el avance de las reformas del sector salud en la última década para poder abordarlos con mayor eficacia.

Como ya se ha señalado en otras publicaciones de la OCDE, un factor clave involucra las rigideces históricas y las prácticas monopólicas de las instituciones públicas mexicanas. En ocasiones, los grupos de interés han prevalecido sobre la amplitud de miras y la visión de cambio. A nivel estructural se ha observado que los históricamente bajos niveles de innovación, educación e infraestructura física prevalecientes en México limitan también las posibilidades de transformación del sistema (OECD, 2007 y 2013a).

Sin duda relacionado con esto, la capacidad técnica y administrativa puede ser desigual en el ámbito federal y a menudo se encuentra por debajo del nivel necesario para impulsar una reforma estructural. Las deficiencias y variaciones de las competencias administrativas son aún más marcadas en los ámbitos estatal y local, las cuales pueden descomponer la hechura adecuada de políticas públicas realizada por parte de autoridades de mayor nivel. También se ha identificado a las deficiencias en el seguimiento y la evaluación como obstáculos para mantener la viabilidad de un proyecto de reforma. Por tanto, sigue siendo prioritario crear instituciones, organismos y servidores públicos capaces, eficientes y éticos.

Asimismo, debe reconocerse que el sistema judicial todavía no ofrece ni la certeza ni la eficacia legal necesarias para llevar a cabo reformas complejas con mayor celeridad. Un sistema jurídico que no funciona del todo bien tiene un gran impacto en todos los ámbitos de la actividad económica y puede representar un obstáculo para construir una sociedad más incluyente basada en la solidaridad. Los costos de la corrupción son importantes y afectan tanto las estructuras económicas como el capital humano y social. La corrupción no sólo provoca una pérdida de confianza en las instituciones, sino también una pérdida de recursos debida a su malversación y a distorsiones en la toma de decisiones, lo cual daña también el tejido social (OECD, 2007 y 2013a).

A pesar de la complejidad, el arraigo y el fortalecimiento mutuo de estos obstáculos, los logros recientes de política pública muestran que no son infranqueables. En la búsqueda de cómo construir un sistema de salud adecuado para enfrentar los retos del siglo XXI, es fundamental entender por qué algunas reformas en México han fracasado en el pasado. Aunque las dificultades señaladas no son únicas del sector salud y muchas de sus soluciones rebasan el ámbito del propio sector, quienes formulan políticas de salud, quienes prestan servicios de salud y quienes los reciben deben reconocer estos obstáculos y enfrentarlos.

Es el momento de lograr una reforma profunda al sistema de salud

En estos momentos hay considerables oportunidades de avanzar en la siguiente etapa de la reforma del sistema de salud de México. Con el Pacto por México firmado en diciembre de 2012 por el Presidente Peña Nieto y líderes de los principales partidos políticos se trazó el rumbo de las reformas estructurales, enfocadas en construir un Estado más fuerte y efectivo, ejercer los derechos y las libertades sociales e impulsar la participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Los objetivos del Pacto se plasmaron en el componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA). Ambos documentos expresan la voluntad de transformar el sistema de salud como respuesta a los profundos cambios sociales, económicos y epidemiológicos acontecidos desde el establecimiento de las principales instituciones e interrelaciones del sistema de salud hace setenta años. En específico, el PROSESA señala como objetivo construir un sistema de salud más homogéneo, lo cual implica una mayor integración y coordinación entre las instituciones que lo componen. El principal propósito es edificar un sistema que no discrimine la extensión de la cobertura ni la calidad de la atención en función de la condición laboral o socioeconómica de las personas. También se vislumbra un enfoque más vigoroso a la atención preventiva de la salud, en particular de las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes o cáncer (Secretaría de Salud, 2013).

Recuadro 2.1. **Cómo llevar a cabo la reforma**

Implementar una reforma es complejo e implica considerar múltiples cuestiones de economía política, tanto específicos para el país como generales. En un análisis reciente de la OCDE se examinó la economía política de 20 estudios de caso de reforma en 10 países miembros y se evaluaron las condiciones que hacen posible una reforma (OECD, 2009 y 2010). Este estudio, basado en investigaciones realizadas previamente por la OCDE, sugiere algunos principios básicos que han demostrado ser exitosos:

Los gobiernos requieren un mandato electoral para reformar. Una reforma “a hurtadillas” tiene importantes limitaciones: si los gobiernos no buscan la aprobación pública antes de emprenderla, tienden a tener éxito solamente cuando generan beneficios visibles en el corto plazo, lo cual es casi imposible cuando se plantean reformas de fondo. Si bien las crisis pueden abrir ventanas de oportunidad para iniciar un proceso de reforma con sus correspondientes sorpresas, su sustentabilidad es fundamental para producir un impacto real.

La comunicación efectiva del gobierno es importante. Las reformas de fondo por lo general requieren esfuerzos coordinados para convencer a los votantes y a las partes interesadas de que son necesarias, poniendo especial énfasis en los costos que implica no reformar. Si los costos del *statu quo* son costos de oportunidad, tienden a ser políticamente “invisibles”, lo cual complica más la “venta” de este tipo de reformas.

El diseño de las políticas públicas debe reforzarse con sólidas investigaciones y análisis. Una propuesta de reforma objetiva basada en evidencia acompañada de un análisis técnico sólido contribuye tanto a mejorar la calidad de la política pública como a aumentar la probabilidad de que sea adoptada. Investigación presentada por una institución imparcial con autoridad y que inspire confianza en todo el espectro político puede tener un efecto definitivo.

Las reformas estructurales exitosas suelen tomar un tiempo considerable en implementarse. Las más exitosas reformas de los estudios de caso revisados tardaron más de dos años en adoptarse, sin tomar en cuenta el periodo de preparación: en muchas instancias, las propuestas son debatidas y estudiadas por años antes de que las autoridades empiecen a formular reformas específicas.

La cohesión del gobierno es importante. Si el gobierno que emprende una iniciativa de reforma no tiene una visión compartida de la política, enviará mensajes confusos y sus oponentes aprovecharán para crear mayores divisiones; el resultado común es la derrota. Los estudios de caso sugieren que la cohesión es más importante que otros factores como la fortaleza o la unión de los partidos opositores o la fuerza parlamentaria del gobierno.

Recuadro 2.1. **Cómo llevar a cabo la reforma** (Cont.)

El liderazgo del gobierno es fundamental. El avance de la reforma será más fácil si el gobierno y sus aliados sociales (por ejemplo, sindicatos y grupos privados) dialogan con frecuencia. Sin embargo, el liderazgo firme del gobierno es también un elemento decisivo que favorece el éxito. Un enfoque cooperativo tiene menores probabilidades de éxito, a menos que el gobierno pueda premiar la cooperación de los aliados, o plantear una amenaza verosímil de proceder unilateralmente si falla un enfoque concertado.

La condición previa de la política que se pretende reformar importa. Las reformas más exitosas de políticas firmemente establecidas muchas veces han estado precedidas por una “erosión” del *statu quo* producida por cambios graduales o intentos de reforma fallidos. Cuando los mecanismos existentes están institucionalizados y son populares, y parece no haber un riesgo inminente, es más difícil proponer, explicar, “vender” o implementar la reforma.

Una reforma exitosa requiere perseverancia. Reformas que han sido obstaculizadas, revertidas o han tenido alcances limitados no deben considerarse necesariamente como fracasos: estas experiencias pueden ilustrar el carácter insostenible del *statu quo* y pueden favorecer la creación de las condiciones para intentar más adelante la reforma propuesta originalmente.

Estos estudios de caso de la OCDE confirman las conclusiones de análisis realizados previamente en relación con los efectos facilitadores de las crisis y las finanzas públicas sólidas. Por último, los estudios arrojan algunas dudas sobre el argumento a menudo esgrimido que los votantes tienden a castigar a los gobiernos reformistas: la probabilidad de una reelección subsecuente era muy similar para los involucrados en episodios de reforma más exitosos o menos exitosos.

Fuente: OECD (2013), *Getting it Right: Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.

Mantener la situación actual del sistema de salud puede acarrear grandes costos para el país. Sin una reforma profunda, México corre el riesgo de conservar un sistema de salud de bajo desempeño incapaz de atender la creciente carga de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y el estilo de vida, así como un sistema de salud desigual con marcadas diferencias en el acceso y riesgos de calidad, lo cual agrava aún más las inequidades socioeconómicas. Un sistema ineficiente, sin capacidad de respuesta e inequitativo en la calidad y el acceso a los servicios como este, sin duda impedirá que México logre la salud, la prosperidad y el progreso que ciertamente es capaz de alcanzar en los próximos años.

2.2. Fortalecer un gobierno corporativo construido en torno a una atención de alta calidad centrada en la persona

Para que el sistema de salud en México cubra las necesidades de atención de la salud de manera justa, efectiva y sostenible, debe cambiar de un conjunto de subsistemas verticales cuya operación está determinada por legados históricos e institucionales, a uno que responda a las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades a lo largo del ciclo de vida. La calidad de la atención también debe ser un eje de este sistema incorporando mecanismos que permitan monitorear resultados y asegurar la mejora continua de la calidad, tanto en unidades ambulatorias y hospitalarias como en todo el sistema. Para mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia debe involucrarse plenamente a hospitales y clínicas del sector

privado, cuyos servicios son ampliamente utilizados y seguirán ofreciéndose en un volumen importante en el futuro.

El sistema de salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en la persona

Una visión integral sobre la cual basar la siguiente etapa de la reforma debe alejarse de las restricciones impuestas actualmente por las rigideces institucionales e históricas y apuntar a crear un sistema de salud centrado en la persona. La atención de la salud centrada en la persona, según la define la Organización Mundial de la Salud y la suscribe la Organización Panamericana de la Salud (WHO, 2015; PAHO, 2011), es un modelo general, pero contiene muchos elementos que apuntan directamente a los retos y las prioridades actuales del sistema de salud mexicano. Este marco conceptual destaca la necesidad de contar con servicios que respondan a las necesidades de salud de la población y que rindan cuentas de sus resultados, que estén orientados a la atención primaria y hagan un uso efectivo tanto del sector público como privado. Asimismo, a nivel individual y comunitario, el marco subraya la necesidad de atender los problemas de salud de largo plazo incrementando la capacidad de las personas de hacerse cargo de la propia, mientras que a nivel institucional identifica la fragmentación como el principal problema por resolver. De ahí la necesidad de la continuidad de la atención, la colaboración multidisciplinaria y las alianzas. Señala también la necesidad de prestar servicios de alta calidad, sustentados en estándares, monitoreo e incentivos para mejorar e innovar continuamente los modelos de atención y para fortalecer la capacidad y las competencias de los administradores de los servicios de salud.

Los elementos de este marco conceptual de la salud centrada en la persona que son más pertinentes para la reforma de la atención de la salud en México se sitúan a un nivel sistémico. El marco pone énfasis en la importancia de asegurar y mejorar la calidad y efectividad de todo el sistema por medio de directrices, estándares y monitoreo (tanto de los servicios como de los profesionales que los proveen). Igualmente importante es desarrollar y fortalecer al personal de atención primaria, elevar el perfil de la medicina familiar y asegurar sistemas de referencia claros entre la atención primaria y secundaria. Una actividad clave es garantizar un uso racional de la tecnología mediante la evaluación de tecnologías de la salud. Asimismo, se destaca la necesidad de reforzar el acceso y la protección financiera, mejorar las compras y contrataciones e instituir medidas más eficaces para rendir cuentas en los ámbitos de la organización, la prestación y el financiamiento de los servicios de salud. A continuación se analizará cómo puede el sistema de salud mexicano cumplir con el primero de estos elementos, asegurar y mejorar la calidad.

Hay que reforzar las actividades de monitoreo y mejora de la calidad en los ámbitos sistémico y organizacional

Mejorar la calidad de la atención sigue siendo una asignatura pendiente a pesar de su importancia. El programa de reformas emprendido por México durante la década pasada priorizó ampliar la afiliación al SP y aumentar el paquete de servicios. En el pasado surgieron iniciativas para monitorear y mejorar la calidad, pero no siempre se aplicaron con constancia ni sobrevivieron por mucho tiempo. Actualmente existen sistemas que miden la calidad de la atención, pero no parecen usarse sistemáticamente para mejorarla. Este debería ser el foco de la siguiente etapa de reforma del sistema de salud.

La Secretaría de Salud, mediante la Dirección General de Calidad y Educación de la Salud, define las políticas y crea los instrumentos para evaluar y mejorar la calidad de la atención. Esta Dirección también establece los estándares de calidad, el monitoreo y la acreditación de las unidades de salud financiadas por el Seguro Popular. A pesar de estos esfuerzos (incluyendo un Foro Anual de Calidad celebrado desde 2003), los principales actores del sistema de salud rara vez consideran la calidad como un principio rector fundamental. Dos de las principales instituciones académicas de salud, como el Instituto Nacional de Salud Pública y la Fundación Mexicana para la Salud (grupo de expertos privado sin fines de lucro) no han promovido con gran énfasis la mejora de calidad de la atención. Si bien durante muchos años se trabajó en la mejora de la calidad de los hospitales o escuelas de medicina individuales, las iniciativas para aumentar la importancia de la calidad de la atención de la salud como un tema de gobernanza, como la Cruzada por la Calidad, llevada a cabo de 2001 a 2006, no han logrado convertirse en un valor de organización sostenido y central del sistema de salud en su conjunto.

Los sistemas de salud de los países miembros de la OCDE aplican cada vez más herramientas y políticas sofisticadas que apoyan el monitoreo y la mejora de la calidad en el diseño y la prestación de servicios de salud, tanto a nivel sistémico como institucional (véase el Recuadro 2.2). México podría sumarse a esta tendencia y beneficiarse de un enfoque más sistémico y sostenido para mejorar la calidad adoptando las mejores prácticas internacionales. Esto requerirá un sistema de información enriquecido que permita dar seguimiento al desempeño del sistema en esta materia. Para construir esta cultura de calidad será necesario establecer un gobierno corporativo más sofisticado que garantice, por ejemplo, que los profesionales y los establecimientos de salud se mantengan actualizados. También se requerirá impulsar la certificación profesional, la educación continua, la acreditación de unidades de salud, la definición de estándares y directrices de práctica clínica nacionales, así como la difusión pública de auditorías nacionales de la calidad de la atención.

Recuadro 2.2. **Iniciativas internacionales para medir y mejorar la calidad de la atención a nivel sistémico**

Desde el Estudio de 2005, ha habido importantes avances en cómo definir, medir y mejorar la calidad de la atención. Específicamente, el proyecto de la OCDE sobre Calidad de la Atención en Salud ha encabezado un esfuerzo internacional concertado para desarrollar un conocimiento compartido de las dimensiones de la calidad de la atención de la salud, y un conjunto de indicadores comparables internacionalmente.

Se definieron como dimensiones fundamentales de la calidad de la atención, la efectividad (cubrir las necesidades de salud de los pacientes), la seguridad (evitar daño alguno al satisfacer esas necesidades) y el enfoque en el paciente (asegurando una experiencia positiva de atención). Empleando este marco conceptual, los países acordaron un conjunto de indicadores válidos, útiles y viables para fines comparativos internacionales. La más reciente recolección de datos incluyó cerca de 50 indicadores de calidad que abordaban i) atención primaria; ii) cuidados intensivos; iii) salud mental; iv) atención de cáncer; v) seguridad del paciente y vi) experiencias del paciente. Esta base de datos reúne información de 34 países e incluye a países no miembros de la OCDE como Singapur y Letonia (disponible en oecd.org/els/health-systems/health-data). Asimismo, se realizan actividades de investigación y desarrollo para mejorar continuamente la comparabilidad internacional de estos indicadores.

Recuadro 2.2. **Iniciativas internacionales para medir y mejorar la calidad de la atención a nivel sistémico** (Cont.)

En fecha más reciente, el enfoque se ha dirigido a intentar entender cómo las instituciones y las políticas públicas pueden determinar la calidad de la atención y qué instrumentos pueden utilizarse para mejorarla. En términos generales, los gobiernos han instaurado reformas en la calidad de la atención de través de cuatro mecanismos: (1) asegurar insumos de atención médica de alta calidad, incluidos el personal sanitario y la evaluación de tecnologías; (2) garantizar que existan sistemas de responsabilidad por la calidad de la atención; (3) fijar estándares de atención y tener la capacidad para monitorear la calidad y 4) establecer incentivos para mejorar la calidad de la atención. En el cuadro siguiente se presentan ejemplos de instrumentos de política pública en cada una de estas áreas.

Acciones de política pública para asegurar, monitorear y mejorar la atención de la salud

Política pública	Ejemplos
Diseño del sistema de salud	Rendición de cuentas de principales actores, asignación de responsabilidades, legislación
Insumos del sistema de salud (profesionales, organizaciones, tecnologías)	Certificación profesional, acreditación de organizaciones de atención de la salud, aseguramiento de calidad de medicamentos y dispositivos médicos
Monitoreo del sistema de salud y estandarización de práctica médica	Medición de la calidad de la atención, estándares y directrices nacionales, auditorías e informes nacionales de desempeño
Mejoramiento (programas nacionales, incentivos y programas hospitalarios)	Programas nacionales de calidad y seguridad, pago por desempeño en atención hospitalaria, ejemplos de programas de mejora dentro de las instituciones

La OCDE ha comenzado una serie de publicaciones examinando la arquitectura política que sustenta la calidad de la atención en varios sistemas de salud. El objetivo es identificar temas, retos y oportunidades comunes para fortalecer la arquitectura política en torno al monitoreo y la mejora de la calidad en el ámbito institucional y sistémico (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-reviews.htm>). Esta serie destaca la amplitud y la diversidad de actividades realizadas para reforzar estas funciones. Sin embargo, el común denominador es la tendencia de los gobiernos centrales de adoptar un papel más preponderante en la calidad del gobierno corporativo de los sistemas de salud locales, regionales y nacionales, así como de los prestadores. Usualmente los gobiernos nacionales encabezan estas acciones, aunque organismos independientes o representantes de la sociedad civil pueden jugar también este papel. Esto se explica porque existe una mayor capacidad tecnológica y de información para evaluar comparativamente el desempeño local, regímenes centrales de rendición de cuentas más demandantes, así como tendencias sociales que reducen la sostenibilidad de las diferencias en la calidad de la atención de la salud entre las regiones.

En México, la Secretaría de Salud, junto con las instituciones de seguridad social, está bien situada para encabezar la creación de un nuevo organismo para el monitoreo y mejora de la calidad de la atención. Este organismo nacional —el cual forma parte de la agenda de políticas de la Presidencia— sería responsable de definir los estándares requeridos para una atención segura y efectiva para todos los proveedores del sistema, incluidos los privados, los cuales se abordarán en la próxima sección. Para este organismo será prioritario desarrollar estándares y directrices nacionales de atención para fomentar, monitorear y velar, cuando sea necesario, por que se cumpla la

regulación. Esta última área actualmente no recibe la atención suficiente en el sistema de salud de México. Más aún, esta nueva agencia debe mantener cierta distancia de la Secretaría de Salud para asegurar una regulación independiente y transparente.

Esta nueva agencia debería adoptar algunas de las atribuciones que actualmente sustenta el Consejo de Salubridad General, como el desarrollo y la administración del proceso de certificación hospitalaria. También podría atribuírsele el suficiente poder regulatorio para recabar y analizar información estratégica sobre los servicios prestados (información sobre el desempeño que eventualmente estaría disponible para los compradores de servicios y al público en general), con el fin de monitorear los estándares de calidad y sancionar, en última instancia, a los establecimientos con pobre desempeño. Asimismo, habría que cerciorarse de que ninguna de las actividades que este nuevo organismo lleve a cabo se dupliquen o contradigan los de otros organismos regulatorios ya existentes (como COFEPRIS o CENETEC), aunque, como se describe en el siguiente capítulo, estos se centran en gran medida en la evaluación y regulación de nuevas tecnologías más que en los procesos estándar de atención de la salud.

Recuadro 2.3. Fortalecer la capacidad rectora del sistema de salud italiano

Italia es un país muy heterogéneo en términos sociales y económicos. La provincia autónoma de Bolzano cerca de la frontera austriaca tiene un PIB per cápita de más del doble que el de La Campania. Sus tasas de desempleo son aún más contrastantes, 4.1% y 19.3% respectivamente. Estas diferencias se reflejan en el sistema de salud. Desde que se federalizó la atención de la salud hace una década, se han constituido 21 sistemas de salud distintos, tanto en formas de atención como en resultados. Esto ha provocado una gran movilidad de los italianos hacia regiones y provincias autónomas (RPA), en particular las del norte, donde aparentemente se ofrece un mejor acceso o calidad de la atención.

Más asombrosos que las diferencias en los resultados son los variados enfoques de gestión de los servicios y mejora de la calidad. Todas las RPA han mostrado un creciente interés en estas cuestiones, pero la forma en que lo han implementado ha sido muy heterogénea. Algunos cuentan con sistemas de administración con ricas bases de datos transparentes y con participación del público, mientras que otros usan la información sobre salud con fines epidemiológicos y la emplean poco para medir la calidad y el desempeño, para así sustentar la toma de decisiones sobre políticas locales o la negociación con los prestadores de servicios.

Esta diversidad ha exigido al sistema de salud italiano establecer un conjunto de mecanismos para lograr un desempeño más homogéneo de sus sistemas regionales de salud. Estos incluyen actividades para coordinar los enfoques en todas las RPA y garantizar el diálogo entre las autoridades nacionales y regionales, así como actividades reguladas y dirigidas desde una perspectiva profesional. La tendencia es que el gobierno central y otras autoridades nacionales adopten un papel más destacado en la rectoría de sus sistemas de salud locales. Esta tendencia es común para la mayoría de los sistemas de salud de la OCDE. En particular, la Agencia Nacional para la Atención de Servicios de Salud Regionales (AGENAS) ha sido muy útil para coordinar las actividades de los diferentes niveles de gobierno. Las responsabilidades de esta agencia son apoyar la planeación nacional y regional mediante el análisis de demanda y oferta, evaluar los costos y la efectividad de las intervenciones en salud nacional y apoyar la innovación, la evaluación y la difusión de buenas prácticas en las RPA.

Un buen ejemplo de lo que AGENAS realiza ha sido establecer el Observatorio de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente. Su objetivo es mejorar la seguridad del paciente en todo el país mediante un modelo cíclico de recolección, clasificación y difusión de actividades que mejora la seguridad en todas las RPA. Cada año, el Observatorio convoca a implementar buenas prácticas y proporciona

Recuadro 2.3. **Fortalecer la capacidad rectora del sistema de salud italiano** (Cont.)

una plataforma donde se registran los contenidos, los resultados y los costos de estas actividades. Las prácticas con evidencia empírica sólida, evaluadas bajo los principios de Mejora Continua de la Calidad y que son sostenibles se difunden en una publicación anual y una base de datos accesible. Dos funciones del Observatorio demuestran cómo debe funcionar una acción coordinada que trasciende las fronteras institucionales. Primera, el Observatorio se diseñó con la participación de múltiples actores: autoridades centrales y regionales, grupos profesionales y científicos. Segunda, la filosofía que lo sustenta es que las acciones de arriba hacia abajo y las de abajo hacia arriba son complementarias en la tarea de mejorar la seguridad de los pacientes.

Fuente: OECD, 2015, *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

Las reformas implementadas en Italia, que históricamente ha tenido que lidiar con un desempeño heterogéneo entre sus 21 sistemas de salud regionales, ofrecen importantes enseñanzas para México. Más específicamente, la recién creada Agencia Nacional para la Atención de Salud Regional juega un papel importante en asegurarse de que los enfoques de calidad y eficiencia converjan en las regiones, sobre todo en el ámbito de la definición, análisis y registro abierto de indicadores. Las regiones más desarrolladas se asocian con las menos desarrolladas para mejorar el desempeño en ciertas áreas, por ejemplo, las altas tasas de cesáreas.

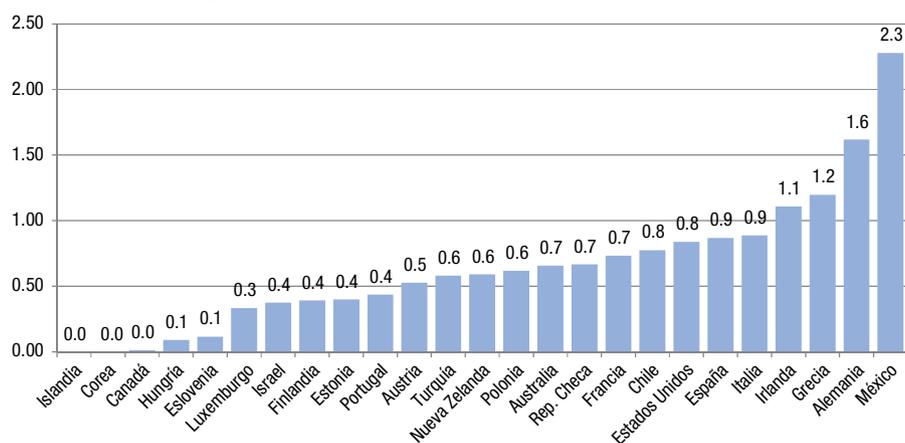
En el Capítulo 5 se analizarán iniciativas adicionales para mejorar la calidad y su monitoreo, enfocadas en reformas a la compra de servicios y las formas de pago de los médicos.

El sector privado puede tener una colaboración destacada en la prestación de servicios si se le regula adecuadamente

La oferta privada de atención de la salud, tanto lucrativa como no lucrativa, constituye un elemento importante de la prestación de estos servicios en México. Su sistema de salud está conformado por 28.6 hospitales privados con fines de lucro por cada millón de habitantes y por 11.4 hospitales públicos por cada millón de habitantes. Esta proporción de 2.3 hospitales privados por cada hospital público es la más alta de todos los países de la OCDE para los cuales existe información (véase la Gráfica 2.3). Sin embargo, la proporción de camas es más cercana al promedio de la OCDE debido a que la mayoría de los 3000 hospitales privados con fines de lucro son muy pequeños, con menos de 20 camas. De hecho, muchos de estos hospitales funcionan más como clínicas ambulatorias, brindando una parte importante de la atención primaria, junto con servicios más especializados de diagnóstico y tratamiento.

Lograr un aprovechamiento eficaz de la capacidad del sector privado puede representar un medio para incrementar el acceso en el sistema de salud de México, siempre y cuando se asegure su calidad y se controlen los precios. El IMSS, por ejemplo, tiene ya contratos con proveedores privados para brindar hemodiálisis a sus derechohabientes. Esta vía debería explorarse para ofrecer algunos otros servicios para los que no existe actualmente capacidad resolutoria. Ya existen planes de contratar servicios con el sector privado para atender la obesidad y la diabetes. Esta innovadora

Gráfica 2.3. **Proporción de hospitales privados lucrativos respecto a hospitales públicos en países de la OCDE, 2001 (o año más reciente)**



Nota: Los Países Bajos informaron que no cuentan con hospitales públicos.

Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

iniciativa sería de interés internacional para otros países de la OCDE, los cuales enfrentan actualmente crecientes tasas de obesidad infantil y adulta.

El uso de recursos públicos para comprar servicios del sector privado o no lucrativo (como instituciones religiosas o de beneficencia) es un área de política pública relativamente nueva en los sistemas de salud de la OCDE, aunque ya algunos países están explorando seguir esa vía. En la mayoría de los casos se celebran acuerdos de prestación de grandes volúmenes de servicios tales como cirugías electivas de rutina (particularmente procedimientos ambulatorios) o pruebas de diagnóstico. Gracias a su éxito, esta práctica se ha ido extendiendo poco a poco a áreas de atención más complejas, tales como rehabilitación o salud mental en ámbitos comunitarios.

Otra importante consideración en el contexto mexicano es que el sector privado está menos estrictamente regulado que en otros sistemas de salud. Aunque actualmente el Seguro Popular requiere cumplir determinados criterios para acreditar su capacidad y fungir como proveedor independiente, los mecanismos de monitoreo aún no son suficientes. Es necesario que las autoridades federales, en conjunto con los proveedores privados y representantes de los pacientes, establezcan un marco regulatorio más amplio que garantice la calidad y la transparencia. La experiencia de otros países de la OCDE resulta útil, en particular en términos de lograr controles de calidad y precios (Recuadro 2.4).

Recuadro 2.4. **Experiencias del sector privado en la atención de pacientes del sector público**

En el Reino Unido, desde 2002 se ha fomentado la operación de centros de tratamiento del sector independiente (ISTC). Al separar mejor el flujo de casos hospitalarios de urgencia de los electivos en su Servicio Nacional de Salud (NHS), se esperaba obtener ganancias en eficiencia y calidad, así como incrementar el acceso y la libertad de elección. El control de calidad se garantizó al requerir a los ISTC ser examinados por la Comisión de Calidad de la Atención (CQC), organismo estatutario independiente. La CQC revisa todos los hospitales públicos (NHS) y privados en Inglaterra para verificar que se cumplan

Recuadro 2.4. **Experiencias del sector privado en la atención de pacientes del sector público** (Cont.)

los estándares nacionales de seguridad, el enfoque centrado en el paciente y la efectividad de la atención. Las tasas de reembolso se basaron en los precios nacionales de referencia, pero se negociaron localmente. Para estimular el desarrollo de los ISTC, los contratos incluyeron un margen de ganancia y un prepago, es decir, independiente de los volúmenes o la calidad de la atención brindada. Este enfoque generó un intenso debate, aunque una evaluación reportó resultados ligeramente mejores en pacientes tratados en los ISTC comparados con los hospitales del NHS para reparar hernias, realizar cirugías de venas varicosas y cataratas, así como para el reemplazo de caderas o rodillas (Browne et al., 2008). Sin embargo, los pacientes que se atendieron en el sector privado estaban más sanos que los atendidos en el NHS.

En Turquía, uno de los elementos principales de su Programa de Transformación de la Salud para aumentar el acceso a los ciudadanos con aseguramiento público fue recurrir al sector privado. Como en México, los turcos históricamente prefieren acudir a especialistas privados para la atención primaria de salud. Más recientemente, incentivos adicionales han estimulado el desarrollo privado en el ámbito hospitalario, en especial para atender la demanda insatisfecha en regiones periféricas del país. A diferencia de lo ocurrido en Inglaterra, la ampliación de servicios no se limitó a los de “gran volumen”: el sector privado turco creció en el número de unidades y equipo especializados brindando un conjunto cada vez más complejo de procedimientos. Por ejemplo, ahora el número de camas de cuidados intensivos y unidades de hemodiálisis del sector privado es casi equivalente al sector público (fenómeno similar al que empieza a experimentar el IMSS con su uso incipiente de unidades privadas para realizar hemodiálisis). Para proteger a los pacientes financiados por el sector público se pusieron en marcha controles rigurosos de calidad y precio. En la actualidad se aplican 321 estándares (que cubren 621 puntos de auditoría) tanto a hospitales públicos como privados y universitarios, y cada uno es evaluado una vez al año. Los múltiples pagos de bolsillo que solían realizarse han sido reemplazados por un conjunto regulado de cuotas privadas para toda la población turca. Los hospitales privados están autorizados para cobrar hasta 30% por arriba del precio nacional de referencia, diferencia que el paciente paga de su bolsillo (OECD, 2014).

La experiencia de Suecia también es instructiva, dado el contexto de la iniciativa mexicana de subcontratar a clínicas privadas la gestión de la diabetes y la obesidad. Ahí el uso de los proveedores privados lucrativos y no lucrativos se ha enfocado en la atención primaria y comunitaria. Suecia tiene una red de cerca de 1200 centros de atención primaria pública y privada en todo el país, de los cuales cerca de 40% son privados. Las reformas en 2010 buscaban facilitar la entrada a un mayor número de proveedores innovadores, las cuales produjeron más de 200 nuevos servicios, un incremento de más de 20%. Más específicamente, Suecia ha fomentado clínicas de “una sola visita” donde los pacientes tienen acceso tanto a médicos generales como especialistas, así como a algunas pruebas de laboratorio, incrementando con ello la gama de servicios disponibles para los pacientes fuera del ámbito hospitalario. Las clínicas de atención primaria suelen ser establecimientos de múltiples socios con un personal compuesto por un grupo de médicos generales y un equipo multidisciplinario que incluye a enfermeros (muchos de los cuales son especialistas en diabetes y pediatría, entre otras áreas), fisioterapeutas, parteros y psicólogos, quienes proveen una amplia gama de servicios médicos. Debido al carácter fuertemente descentralizado de gobernanza en Suecia, los consejos municipales definen los criterios de acreditación que los nuevos proveedores, incluidos los privados, deben cumplir antes de calificar para recibir financiamiento público. Sin embargo, las tasas de reembolso se acuerdan a nivel nacional (OECD, 2013d).

La participación de las farmacias privadas en la red de distribución de medicamentos prescritos a los asegurados por el sector público es otra área que requiere una regulación efectiva. Las autoridades federales deben crear reglas muy claras de participación, incluyendo estándares mínimos de calidad y ética en el servicio (tales como horarios de operación, plantilla de personal, conflictos de intereses por sus ventas, entre otros). También se deben implementar procesos internos de control para recabar información y monitorear las pautas de prescripción en las farmacias, con medidas explícitas para asegurar que se cumplan los protocolos clínicos establecidos y multas por proporcionar información imprecisa o fraudulenta.

2.3. Hacia un sistema de salud orientado al uso de la información

Mejorar la calidad de manera efectiva y permanente depende de un sistema de información bien diseñado y bien utilizado. Su uso estratégico va más allá del seguimiento y la evaluación: es útil también para brindar atención personalizada y asegurar su continuidad; apoyar la contratación y compra de servicios (mediante una responsabilidad más transparente de resultados), así como para fines de planeación ante necesidades de salud y modelos de atención cambiantes.

En México existe un margen importante para consolidar todos estos usos. Aunque actualmente se genera mucha información en todas las instituciones del sector salud, la forma fragmentada en que se recolecta, valida, analiza y difunde, impide aprovecharla en todo su potencial para la formulación de políticas públicas y la mejora de los servicios. Por ello, será fundamental consolidar toda esta infraestructura de información para lograr la atención de alta calidad centrada en la persona que el sistema podría brindar.

Una mejor infraestructura de información será clave para lograr una atención centrada en el paciente

Un uso primordial de la información en salud radica en impulsar una mayor calidad de la atención y orientar la mejor toma de decisiones. Para ello es fundamental contar con registros personales de salud que permitan seguir las necesidades individuales, los servicios utilizados, los costos asociados y los resultados de la atención. Igualmente importante es compartir estos datos clínicos personales entre todos los proveedores del sistema, lo cual implica contar con Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en los actuales sistemas de salud.

A mediados de la década de 2000, el gobierno mexicano asumió un claro compromiso de modernizar el sistema de información en salud mediante la implementación del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, disponible en www.dgis.salud.gob.mx). Este está conformado por bases de datos sobre la cobertura de la población; la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros; la utilización de servicios; los resultados de salud, y otros indicadores de desempeño. El SINAIS se concibió para apoyar la planeación de políticas de salud al proporcionar información completa y actualizada sobre la localización y características de los establecimientos de salud y sus recursos humanos. Sin embargo, los avances alcanzados en la última década por el SP se han visto reducidos por la falta de consonancia con los procesos administrativos ajenos al sistema de SP y Servicios Estatales de Salud (SESA). Como se analizó en

el Capítulo 2, cada asegurador en el sector público mantiene su propio sistema de información con indicadores de eficiencia como costos unitarios de oferta y existe muy poca comunicación entre ellos. Entre otras consecuencias, esto dificulta que la Secretaría de Salud pueda coordinar acciones para crear una nueva infraestructura de información.

Algo parecido ocurre con la información sobre la calidad de la atención. A pesar de que se ha tratado de promover la estandarización de la calidad de los servicios, iniciativas como la creación de nuevos sistemas de información en esta área (como el Sistema Integral de Calidad en Salud, o SICALIDAD, disponible en www.calidad.salud.gob.mx) han sido también afectadas negativamente por la falta de una infraestructura de información verdaderamente articulada, completa y confiable. Las entidades federativas recolectan cada mes cierta información solicitada por la Secretaría de Salud federal, en particular indicadores de productividad en clínicas y hospitales, así como encuestas sobre la satisfacción de los pacientes en las instalaciones públicas. Sin embargo, no existe una agencia autónoma a nivel federal con el mandato o la capacidad para articular la información y analizarla con profundidad, para retroalimentar a los estados.

La información que registra el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS, disponible en www.dgces.salud.gob.mx/INDICASII) sobre niveles de satisfacción del usuario sólo es proporcionada voluntariamente por establecimientos de salud que deciden participar. Más aún, esta información ha sido utilizada sistemáticamente para premiar el buen desempeño o para mejorar o sancionar el mal desempeño. Si bien las instituciones de seguridad social históricamente han desarrollado sus propios sistemas de información (el IMSS tiene más de 50 millones de registros electrónicos con datos clínicos de los pacientes correspondientes a los últimos diez años, mientras que el ISSSTE registra información de 44 indicadores de eficiencia y calidad de su red de proveedores, que incluye resultados clínicos, productividad hospitalaria y tasas nosocomiales), tampoco estos sistemas están integrados entre ellos o con los sistemas de los SESA, ni se emplean regularmente para mejorar los procesos clínicos, la productividad y la calidad de la atención debido en parte a la falta de capacidad institucional para articular y analizar toda la información generada.

Todos los sistemas de salud en México usan en cierta medida los ECE y ya se han dado los primeros pasos para conformar una infraestructura común que permita compartir estas bases de datos. Desde 2010 se diseñó la arquitectura de una plataforma de interoperabilidad para manejar una base de datos mínima y en 2012 se inició un índice de pacientes común. No obstante, a partir de entonces el avance ha sido lento. Se estima que menos de la mitad de los pacientes tienen un expediente electrónico que cumpla con las especificaciones mínimas de información requeridas y la plataforma de interoperabilidad todavía no está en operación (OECD, 2013b). Mientras tanto, se siguen desarrollando ECE en cada subsistema de manera independiente.

El Sistema Nominal en Salud (SINOS) del Seguro Popular maneja una gran base de datos sobre las condiciones de salud y la utilización de servicios de sus afiliados. Originalmente se concibió como la punta de lanza para establecer un sistema nacional electrónico de información en salud, aunque ahora se limita a usuarios del SP. Su utilidad es limitada debido a que sólo se registra información cuando se afilian y reciben la Consulta Segura (una consulta de revisión para nuevos afiliados). Además, algunos

operadores de los servicios estatales de salud se han quejado de que se trata de un software complicado que rebasa la capacidad local para registrar y administrar toda la información del SINOS. Escalar este sistema a nivel nacional requeriría convertirse en una base de datos “viva”, vincularse con los registros médicos de los proveedores de otras instituciones y modernizar los procesos de captura y gestión de datos (junto con iniciativas proactivas encabezadas en un principio por el gobierno federal, con el fin de desarrollar la capacidad local de gestión de la información).

Por otro lado, la Estrategia Digital del IMSS busca consolidar las diversas bases de datos que maneja el IMSS. Esta iniciativa también podría ser la base de los ECE interoperables o compartidos. Dada esta diversidad de esfuerzos, no está claro cómo seguir adelante. Para mantener la interoperabilidad como principal objetivo, debe emprenderse una revisión estratégica integral de todos los esfuerzos que se están realizando para implementar ECE. Esto requerirá la asesoría técnica de expertos de talla internacional que manejen sistemas de información consolidados. Asimismo, para facilitar el intercambio de información sería recomendable que una organización independiente y no alguna de las actuales aseguradoras públicas fuera la responsable última de las bases de datos y coordinadora del escalamiento de los ECE. Este organismo debería incluir representantes de cada uno de los subsistemas de salud, así como expertos técnicos y legales e integrantes de la comunidad.

Dinamarca empleó un enfoque efectivo para desarrollar ECE, así como para consolidar la rectoría de la infraestructura de sus sistemas de información en salud (véase el Recuadro 2.5).

Recuadro 2.5. **Desarrollo y uso de Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en Dinamarca**

La mayoría de los sistemas de salud de la OCDE han implementado o empiezan a implementar un sistema nacional de expedientes clínicos electrónicos que contenga o prácticamente integre los registros de múltiples sistemas de datos electrónicos clínicos y de pacientes, de manera que puedan ser compartidos (interoperables) en diversos ámbitos de la atención de la salud.

Dinamarca es un buen ejemplo de una implementación exitosa de expedientes clínicos electrónicos que facilitan la portabilidad de la atención (Protti y Johansen, 2010). Casi todos los médicos que brindan atención primaria en Dinamarca usan expedientes clínicos electrónicos, los cuales están vinculados mediante una red nacional que les permite comunicarse directamente con otros proveedores de atención de salud. Todos los pacientes tienen un número de identificación personal único relacionado con su expediente clínico, a su vez ligado con otros sistemas como el régimen fiscal, lo cual facilita el seguimiento nominal de los pacientes sin importar dónde reciban atención.

Los ECE se implementaron gradualmente en Dinamarca desde la década de 1980, cuando los médicos empezaron a recibir un pago adicional por cada solicitud de reembolso enviada electrónicamente. Esto incentivó un mayor uso de las computadoras en la práctica médica y generó el envío electrónico de mensajes clínicos de los médicos a otros proveedores y, más adelante, de prescripciones médicas a las farmacias. Este fenómeno creció con el apoyo del Ministerio de Salud; para la década de 1990 se desarrollaron plantillas estándares a nivel nacional para el envío más frecuente de información y se estableció una red de datos de atención de la salud. Una organización no lucrativa independiente, MedCom, se encargó de supervisar y escalar este programa de expedientes clínicos electrónicos. Durante todo el proceso el esfuerzo se enfocó en mantener la homogeneidad en todo el sistema. Por ejemplo, aunque existen más de 50 plataformas de expedientes clínicos electrónicos, se emplea un solo formato

Recuadro 2.5. **Desarrollo y uso de Expedientes Clínicos Electrónicos (ECE) en Dinamarca** (Cont.)

electrónico para todas las comunicaciones de los médicos de atención primaria. Esto ha contribuido a evitar la creación de sistemas de información paralelos e incompatibles entre sí.

De forma simultánea, Dinamarca consolidó la rectoría de sus sistemas de información sobre salud. El Instituto Nacional de Datos sobre Salud y Control de Enfermedades funge como una empresa pública adscrita al Ministerio de Salud danés y es responsable de recolectar toda la documentación pertinente dentro del sistema de salud danés y de dirigir un enfoque estratégico al desarrollo de la infraestructura de la información. Esto incluye establecer acuerdos de coordinación sobre metas comunes entre las autoridades centrales para mejorar el uso de los datos y coordinar actividades entre las autoridades centrales y regionales, así como vincularse con el amplio registro nacional de pacientes (OECD, 2013c).

Para tener éxito en esta materia, todos los actores deben participar activamente en el diseño del sistema. Por ello, a partir de su creación, el sistema nacional de información tendría que involucrar a las principales partes interesadas, incluyendo los representantes de los sistemas y los proveedores de atención de salud. También se debe incluir a órganos de gobierno ajenos al ámbito de la salud, especialmente si se adoptan medidas para crear un número único de identificación personal que pueda usarse para fines no exclusivos de salud, como tributación fiscal o pensiones. También será esencial asegurar que el marco legal sobre la privacidad de la información permita compartir datos aportando las medidas de seguridad adecuadas. En fecha reciente la OCDE analizó en detalle los enfoques adoptados por diversos países para lograr este balance. Una de las principales conclusiones de este estudio es que es posible construir la confianza pública que permita el uso de datos de salud si se es transparente respecto a cómo se emplean esos datos. Explicar el proceso de solicitud de acceso a la información, los requerimientos y los pasos para la aprobación de un proyecto, así como los requerimientos legales y prácticos para la aprobación de las solicitudes de información, permite al público informarse sobre todas las bases de datos de salud nacionales, en particular, las personales (OECD, 2013b).

Una mejor información de las actividades y resultados también impulsará la mejora continua de la calidad si es respaldada por la transparencia y la rendición de cuentas

El uso frecuente de sistemas de información para mejorar la atención no parece ser una práctica común. Los administradores de los sistemas de salud, tanto en el ámbito nacional y estatal como en el institucional, muy ocasionalmente pueden señalar proyectos en los que se hayan empleado estos sistemas para identificar áreas de excelencia o deficiencia, o que hayan sido usados como base para mejorar la calidad de los servicios. Un problema relacionado con esto es la escasez de análisis comparativos de los resultados, puesto que en los subsistemas mexicanos no se mide en forma sistemática indicadores tan sencillos como los tiempos de espera. Actualmente se está diseñando e implementando un tablero nacional de indicadores de calidad y eficiencia para todos los aseguradores y prestadores de servicio, aunque este proceso aún se encuentra en una fase inicial.

La creación de un sistema de salud basado en la información debe destacar el monitoreo de la calidad y su mejora continua como actividades estratégicas tanto en las clínicas y hospitales como en el conjunto del sistema de salud. Esta estrategia debe respaldarse con modelos de atención y estándares mínimos de calidad acordados entre las diversas instituciones. Este denominador común podría ser la base para implementar un sistema de registro obligatorio que incluya un subconjunto de los diversos indicadores de calidad que se recolectan actualmente en los sistemas de información de la seguridad social y el propio INDICAS. Inicialmente se debería recoger información básica como listas de espera para ser atendido por médicos especialistas, tasas nosocomiales y experiencias del usuario. Suecia y el Reino Unido aportan una muestra de lo que puede lograrse en esta materia (véase el Recuadro 2.6).

Recuadro 2.6. **Uso de información para impulsar la mejora de la calidad en Suecia y el Reino Unido**

En Suecia, la Junta Nacional de Salud y Bienestar y la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (SALAR) publican regularmente el desempeño municipal a través más de 150 indicadores de calidad y eficiencia de atención de la salud cuya fuente es el conjunto de registros nacionales de pacientes. La Junta Nacional también realiza evaluaciones a profundidad de áreas de atención definidas. Estos informes normalmente examinan entre 20 y 60 indicadores pertinentes presentados en diversos ámbitos de acción (nacional, regional, municipal y por unidad hospitalaria, por ejemplo), así como desglosados por edad, sexo y condición socioeconómica (como nivel educativo). En un apéndice del informe principal se incluyen perfiles de los resultados de desempeño de los municipios y las unidades de atención, en gráficas comparativas con los promedios nacionales de cada indicador. Para cada municipio se sintetizan las áreas de oportunidad y las recomendaciones para mejorar la calidad de la atención. Esta evaluación también emite recomendaciones nacionales a los prestadores centradas en indicadores donde el desempeño de los indicadores es deficiente (OECD, 2013b).

En el Reino Unido, el Marco de Calidad y Resultados (QOF) actual es un sistema de información sofisticado para la atención primaria. El sistema originalmente se desarrolló como un marco administrativo de desempeño más simple establecido en Inglaterra a principios de la década de 2000. En esencia consistía en crear indicadores básicos de desempeño a partir de registros de datos recopilados de manera rutinaria en seis áreas (acceso, prestación del servicio, mejora de salud, experiencia paciente/proveedor, eficiencia y resultados de salud). Si al analizar estos datos rutinarios surgían resultados inesperados, se realizaba una investigación más detallada de los registros y visitas de campo. La información recabada se empleaba después para sustentar el proceso de contratación, al servir como base de la implementación y revisión de directrices clínicas, protocolos y metas de resultados en algunas áreas, como el porcentaje de pacientes con registros de presión arterial en la zona de captación y tiempos de espera máximos para atención ambulatoria después de la primera referencia. Al funcionamiento de este sistema incipiente de monitoreo de la atención primaria durante varios años le siguió un proceso continuo de mejora e incremento de las mediciones de desempeño monitoreadas, hasta constituirse en el plenamente acabado sistema QOF en todo el Reino Unido (Figueras et al., 2005).

México podría seguir los pasos de Suecia e Inglaterra negociando con los principales actores del sistema un conjunto limitado de indicadores de desempeño —y la metodología precisa para desarrollarlos— sobre los cuales deberán informar periódicamente los prestadores de servicios. Para que este sistema sea viable en el corto plazo, las negociaciones tendrían que identificar indicadores que pudieran construirse a partir de información ya recolectada de forma rutinaria, por ejemplo,

el tiempo de espera para recibir una cita médica y la satisfacción del paciente. Cabe subrayar que el desarrollo de un sistema de información sobre salud completo y consolidado en México probablemente tome varios años y —a juzgar por la experiencia de otros países como los casos de Suecia y el Reino Unido ya mencionados— podría encontrarse con algunos contratiempos en el proceso. No obstante, estas experiencias muestran que su implementación no tiene que representar una reforma “de una sola vez”, sino que es un proceso gradual.

Una infraestructura de la información más desarrollada también facilitaría las compras estratégicas y el monitoreo de los contratos

Aunque el tema de las compras se abordará con mayor detalle en el Capítulo 5, cabe resaltar aquí que un sistema de salud rico en información podría apoyar estas funciones en diversas formas: al entender mejor las necesidades de salud de la población, al mejorar el ajuste de la oferta a las necesidades y el monitoreo de los resultados de los prestadores de servicios. En relación con las necesidades de salud, los ECE interoperables entre todos los compradores y prestadores facilitarían la coordinación y las negociaciones entre compradores. Más específicamente, permitirían una mejor gestión de los flujos de pagos a los usuarios con una cobertura múltiple de aseguramiento. Según datos de la ENSANUT 2012, más de 10.3 millones de mexicanos (cerca de 11% de la población total asegurada por el IMSS, el ISSSTE y el SP) tienen doble o triple cobertura, como se mencionó en el Capítulo 1. Los registros electrónicos permitirían mantener la continuidad de la atención cuando los usuarios cambian de aseguradores o de médicos en unidades ambulatorias, hospitalarias o farmacias. Este asunto se analizará con mayor detenimiento en el Capítulo 5.

Las ganancias más importantes de tener un sistema de información más rico provienen de equilibrar mejor los servicios y los insumos de salud, una vez que se entienda con claridad cuáles son las necesidades de salud. México debe instrumentar mecanismos que permitan registrar el número de pacientes, volúmenes de servicios, costos y resultados para ser analizados por grupos de pacientes específicos y emplear esta información para optimizar la compra y la contratación de servicios. Esta misma información podría usarse para estimar las cambiantes necesidades de servicios de salud y modelar posibles reconfiguraciones de servicios, con el fin de garantizar que el sistema de salud responda adecuadamente a las necesidades de salud de la población. Portugal es un notable ejemplo de los logros alcanzables en calidad y eficiencia mediante compras más inteligentes basadas en información.

Recuadro 2.7. Uso de la información para realizar compras más inteligentes en Portugal

Recientemente Portugal implementó y sigue desarrollando un conjunto de iniciativas cuyo principal objetivo es optimizar tanto el costo como la calidad de la atención. Un área particularmente exitosa de reforma ha sido la reducción del gasto en medicamentos mediante la promoción de los genéricos. La prescripción de genéricos se volvió obligatoria en 2012. El Ministerio de Salud ejerce su poder como monopsonio al fijar anualmente un límite al gasto total en medicamentos (como porcentaje del PIB) y usa como precios de referencia para comenzar las negociaciones, los precios más bajos con los que compran sus medicamentos países como España, Francia o Eslovaquia. Además, el Ministerio está negociando actualmente un nuevo impuesto a las ventas de medicamentos. También se han puesto en

Recuadro 2.7. **Uso de la información para realizar compras más inteligentes en Portugal** (Cont.)

marcha iniciativas dirigidas a los farmacéuticos, al requerírseles la disponibilidad de tres de las cinco fórmulas más baratas para cada medicamento, de modo que puedan vender la de menor precio. Si no lo hacen, son sancionados con severidad. Este amplio y sofisticado conjunto de medidas ha conseguido que Portugal experimente la disminución más importante de gasto en medicamentos en la última década.

Cabe subrayar que esta reducción en el gasto farmacéutico no se logró sólo con estas medidas regulatorias y sanciones. También se instrumentaron estrategias para estimular prescripciones de mayor calidad. Transitar hacia la receta electrónica ha mejorado el monitoreo de la historia de medicación de los pacientes, su apego a la prescripción y sus posibles efectos adversos. Desde 2013, todos los medicamentos son prescritos electrónicamente en el sector público hospitalario y ambulatorio. La implementación de un conjunto de guías de práctica clínica que incluyen la prescripción y otros aspectos administrativos para cerca de 80% de los contactos de atención médica ha generado prescripciones más racionales. De manera paralela, un nuevo formulario nacional, con fecha de publicación en 2014, guiará a los médicos hacia un número limitado de genéricos para cada clase de medicamentos. Datos del Ministerio de Salud muestran que el porcentaje de genéricos recetados en la atención primaria se incrementó de 36 a 44% entre 2010 y 2012.

Un avance clave ha sido integrar estas iniciativas; las directrices y el formulario ya están incorporados en el sistema de prescripción electrónica, el cual emite señales de alerta si los médicos prescriben fuera de estos parámetros. Los médicos también reciben retroalimentación mensual sobre sus patrones de prescripción y se les advierte, por ejemplo, del grado en el cual recetan fuera del formulario nacional. Más aún, se planea una mayor integración con los expedientes de salud de los pacientes, con lo que se lograría un registro completo de la información de las historias clínicas, la prescripción y la distribución electrónicas, los registros nacionales de pacientes y médicos, la base de datos nacional de información en medicamentos y la base de datos de reembolsos. Este sistema de Prescripción Electrónica Médica (PEM) se convertirá en uno de los más avanzados de la OCDE. Se espera entonces consolidar los patrones de prescripción mediante las directrices y el formulario nacional para ampliar su cobertura y lograr una compra más efectiva de los proveedores. Esto ilustra cómo las ganancias en calidad y eficiencia pueden reforzarse mutuamente.

Reformas similares han mejorado la compra consolidada de dispositivos médicos, como desfibriladores cardíacos, prótesis de articulaciones y equipos de diagnóstico. Antes los hospitales compraban sus equipos individualmente. La documentación sistemática de un conjunto de los productos comprados reveló que los hospitales pagaban diferentes precios por el mismo dispositivo. También se detectaron ineficiencias en las compras de productos cuya diferencia se reducía, por ejemplo, simplemente a su color. En la actualidad, la compra consolidada está basada en una lista nacional racionalizada de dispositivos (que cubre 70% de los dispositivos en términos de gasto). Para fines de mediación, la negociación centralizada también establece un precio máximo y una oferta garantizada; así los hospitales pueden negociar un precio menor. Los dispositivos también se prescriben electrónicamente, generando información de volúmenes y duración de uso, la cual puede emplearse para negociar mejores precios en los años siguientes. Con estas iniciativas se han logrado reducciones sustanciales de precios, entre ellas 20% menos en el precio de las pruebas de detección de VIH/SIDA, 23% menos en el precio de algunos marcapasos y 12% menos en el precio del material de curación. En total, la Unidad de Servicios Compartidos del Ministerio de Salud estima un ahorro de más de 29 millones de dólares estadounidenses en los primeros seis meses de 2014 gracias a una compra más eficiente de medicamentos y dispositivos médicos.

En relación con un mejor monitoreo de los resultados de los prestadores de servicios, la experiencia internacional indica la importancia de contar con infraestructuras de

información que brinden una clara rendición de cuentas y una revisión sustentada de los contratos. Esto es particularmente relevante si se permite a los proveedores competir entre sí o suscribir contratos con más de un comprador a la vez. En México, establecer sistemas de documentación de usuarios y de recolección de datos para monitorear el desempeño, acordes con estándares armonizados, podría convertirse en un requisito formal para adjudicar a los prestadores de servicios contratos con el Seguro Popular o las demás instituciones de seguridad social y relacionar una parte de su reembolso con el cumplimiento de un informe obligatorio de calidad. Idealmente, la información proporcionada por los prestadores (sujeta a una auditoría adecuada) deberá cotejarse y ponerse también a disposición de los usuarios, como ocurre, por ejemplo, en el Reino Unido.

Las estrategias de política ya analizada contribuyen sobre todo a brindar atención centrada en la persona, en particular al mejorar el papel de los usuarios como encargados de elegir prestadores de servicios y decidir en última instancia a dónde se destina el dinero. Como se verá en el Capítulo 4, para apoyar la elección del usuario se requeriría un sector fortalecido de atención primaria, que actúe como coordinador de la atención de la salud. Este apoyo será valioso en particular en el contexto mexicano dado los bajos niveles educativos e ingresos de la mayor parte de la población. En este contexto, en la agenda de políticas públicas de los próximos años se tendrán que incluir medidas como la puesta en marcha de un registro obligatorio con un médico general y el apoyo a estos profesionales para que desempeñen una función de coordinación. En el siguiente capítulo se analizará cómo desarrollar esta función coordinadora más sólida para la atención primaria en México.

2.4. Conclusiones

El sistema de salud de México no muestra el desempeño que podría alcanzar. Los logros modestos en esperanza de vida, las tasas crecientes de enfermedades cardiovasculares, el control deficiente de la diabetes y otras enfermedades crónicas señalan que el sistema encuentra dificultades para brindar una atención de salud eficaz. El alto gasto de bolsillo revela una falta de acceso efectivo en el sector público. Los altos costos administrativos y otras fuentes de ineficiencia amenazan su sustentabilidad. Muchas de estas debilidades se desprenden de su organización en múltiples subsistemas, la cual mantiene rígidamente atados el financiamiento y el derecho a la protección de la salud a la condición laboral de la población.

Los mexicanos requieren un sistema de salud renovado capaz de enfrentar las crecientes tasas de enfermedades crónicas y garantizar la protección financiera de las familias, así como la sustentabilidad del sistema en su conjunto. Ahora es el momento oportuno para seguir adelante con la transformación que el sistema necesita con urgencia. La visión que debe guiar e inspirar a sus principales actores deberá ser compartida y basarse en una atención de salud centrada en la persona, no en rigideces institucionales. Este debe ser el punto de acuerdo sobre la necesidad y la dirección de la reforma. Además, se debe involucrar plenamente a las clínicas y hospitales privados en cualquier iniciativa orientada a mejorar el acceso, la calidad y la eficiencia, para aprovechar su capacidad resolutoria y su aceptación entre la población.

La calidad debe ser reafirmada como el principio organizador central de todo el sistema de salud, al incorporar mecanismos para monitorear resultados y asegurar la mejora permanente de la calidad de la atención en todos los ámbitos. El éxito en este objetivo, así como en la mejora del desempeño del sistema en general, dependerá de la precisión, oportunidad y exhaustividad de la información generada para ejercer la rectoría efectiva de todo el sistema. Por ello, invertir en consolidar la información en salud debe ser otra prioridad.

Los primeros pasos viables para cumplir estos objetivos incluyen los siguientes:

- Establecer una autoridad nacional que monitoree y mejore la calidad de la atención, independiente de la Secretaría de Salud y de las instituciones de seguridad social.
- Trabajar para lograr formas de atención y estándares de calidad mínimos comunes que conformen la base de los indicadores de calidad hospitalarios y fomenten la mejora continua en este renglón.
- Basándose en estos estándares y en experiencias internacionales exitosas, comenzar las negociaciones con todas las partes interesadas, para acordar un conjunto de indicadores nacionales de desempeño.
- Comprometerse a modificar estratégicamente los sistemas de información, para resolver cómo México puede transformar su actual conjunto desarticulado de sistemas de información en un enfoque nacional más estratégico que consolide toda la información.
- Tomar medidas para establecer un ente regulador independiente y sistémico que supervise la ampliación de los registros clínicos electrónicos.
- Dar los primeros pasos para crear un registro o censo de pacientes consolidado con identificadores únicos de pacientes que pueda ser usado por todos los prestadores de salud.
- Desarrollar un sistema integrado de información de la calidad de la atención primaria y hospitalaria.

Bibliografía

- Browne, J. et al. (2008). "Case-mix & Patients' Reports of Outcome in Independent Sector Treatment Centres: Comparison with NHS Providers", *BMC Health Services Research*, vol. 8:78, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-78>.
- Figueras, J. et al. (2005), "Purchasing to Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons", J. Figueras, R. Robinson y E. Jakubowski (Eds.), *Purchasing to Improve Health Systems Performance*, capítulo 3, McGraw-Hill International, Berkshire.
- Frenk, J. et al. (1994), *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, Ciudad de México.
- OECD (2015), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264202054-en>.
- OECD (2013a), *Getting it Right: Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.
- OECD (2013b), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en>.
- OECD (2013c), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en>.
- OECD (2013d), *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204799-en>.
- OECD (2007), "Getting it Right: OECD Perspectives on Policy Challenges in Mexico", OECD Publishing, París, <http://www.oecd.org/economy/38136757.pdf>.
- OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.
- PAHO – Pan American Health Organization (2011), "Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas", *Renewing Primary Health Care in the Americas* núm. 4, Washington, D.C.
- Protti, D. e I. Johansen (2010), *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, The Commonwealth Fund.
- Secretaría de Salud (2013), "El Programa Sectorial de Salud 2013-2018", Ciudad de México, http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf.
- WHO (2015), *WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services*, World Health Organization, Ginebra.



From:
OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2016), “Fortalecer la rectoría para construir un sistema de salud centrado en la persona y orientado al uso de la información”, in *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264265523-6-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.