

---

## La búsqueda de la eficacia

---

Peter Key

Director de Formación y Desarrollo NHS. Inglaterra.

En 2008 el sistema público de salud del Reino Unido (NHS) celebró su 60 cumpleaños, al igual que yo. Hemos envejecido juntos.

En 2008 también celebré 40 años de trabajo en salud y asistencia médica; en dirección, primero como Director Nacional de Gestión para el NHS y los últimos 20 años como consultor de organización y desarrollo.

Mi carrera se ha desarrollado en el Reino Unido, pero me ha llevado alrededor del mundo. He trabajado en proyectos de mejora en cada continente y para las mayores agencias de desarrollo, con interés en la salud y la asistencia sanitaria.

Esta coincidencia de aniversarios ha producido que reflejara, por fin, lo que he aprendido acerca de mejorar la eficacia de sistemas de salud, y en este artículo quiero compartir mis principales conclusiones con ustedes.

Mi primera observación está relacionada con los 60 años de historia

del NHS. Sobre ese período, tres aspectos han sido constantes:

**1.** Hay un continuo apoyo popular y político hacia los principios en que el NHS fue construido. Hay, en particular, un completo compromiso de conseguir acceso a la asistencia médica universal, disponible desde que se nace hasta que se muere y (predominantemente) de libertad en el lugar de utilización. La solidaridad social a favor de estos principios nunca ha vacilado.

**2.** Hay un continuo apoyo popular y político para que la asistencia médica sea financiada por impuestos generales, porque de este modo se tiene la percepción de transparencia y equitatividad.

**3.** Ha habido un proceso continuo de cambio en la organización y en la asistencia médica que se oferta a la población por parte del NHS. Como encargados de hacer política, los líderes y los clínicos han buscado mejoras en los resultados y en la eficacia general.

Describir un “proceso continuo de cambio” como una constante puede sonar como una contradicción; a mí no. Verdaderamente, discutiría que un compromiso para mejorar haya sido tan importante, a través de la historia del NHS, como los principios en los que el Servicio fue fundado.

Cuando un compromiso para mejorar existe, las personas que toman las decisiones se preguntan acerca de todos los impactos en la futura eficacia de su sistema de salud. Las tesis incluyen:

- ¿Somos claros acerca de lo que tratamos de lograr?
- ¿Tenemos una visión del futuro?
- ¿Tenemos estrategias claras para darnos cuenta de esa visión?
- ¿Disponemos de las personas apropiadas, con las habilidades adecuadas que hacen los trabajos correctos?
- ¿Trabajan esas personas en una cultura apropiada?
- ¿Aplicamos sistemáticamente “la mejor práctica” en nuestro campo?
- ¿Tenemos la información correcta disponible para medir nuestro progreso y para informar de la toma de decisiones?
- ¿Tenemos las estructuras y los procesos correctos?

– ¿Ofertamos asistencia médica y servicios, los cuales son valorados por usuarios y por la mayor parte de la población?

Estas “grandes cuestiones” son todas indicadores del cambio. Contestarlas causa que líderes y legisladores realicen intervenciones de las que esperan obtener mejoras en resultados y eficacia.

En adelante quiero compartir con ustedes algunas ideas acerca de los tipos de intervenciones que pueden hacer las diferencias más grandes. Están basadas en mi experiencia personal de más de 40 años en iniciar y apoyar mayores procesos de cambio en los sistemas de salud, y en menor grado en evidencias publicadas.

Mis sugerencias son expuestas en orden ascendente de importancia, así pues, la última que describo es la que, a mi juicio, tiene el impacto potencial más grande. En cada caso, trataré de explicar por qué tengo ese punto de vista. Hay 10 en total, de la siguiente manera:

### **Sencillo sistema de financiación**

---

Como he experimentado sistemas diferentes de salud alrededor del

mando, he valorado cada vez más la relativa sencillez del sistema de salud del Reino Unido mediante la financiación por impuestos, asignando recursos a las diferentes poblaciones según la necesidad conocida. Esto tiene la virtud de ser transparente y sencillo de explicar a los que finalmente financian el sistema (el contribuyente) y tiene costes mínimos de transacción. Donde he visto mayor complejidad introducida, generalmente como una tentativa para controlar costes, siempre he estado inseguro acerca de los beneficios esperados, y no puedo pensar en ningún ejemplo donde un sistema centrado en mayor complejidad del modelo financiero ha contenido los costes a más largo término o producido otros beneficios. Mi conclusión es que es mejor emplear a los economistas en calcular cosas para nosotros que pretender que sus cálculos, por sí mismos, transforen la manera en que es ofrecida la asistencia sanitaria.

### **Compromiso apropiado con los usuarios del servicio**

---

Las organizaciones que mejor desarrollan su labor, en cualquier sector,

tienen la virtud de la comprensión de las necesidades de sus clientes, así como las expectativas y las experiencias del uso de los productos y servicios que ellos proporcionan. Esta retroalimentación es vista como un componente crítico en el proceso de mejora que conduce a su éxito continuado.

Por una variedad de razones (algunas de ellas culturales) la mayoría de los sistemas de salud luchan por poner el compromiso de servicio al usuario en el centro de su pensamiento, y no como resultado del uso de la amplia gama de técnicas y metodologías empleadas en otros sectores. Hay, por el contrario, ejemplos de sistemas de salud que dan gran significado (y esfuerzo) a interpretar las experiencias de los usuarios del servicio; estos sistemas ven el impacto resultante en el desempeño y los resultados. Todos debemos trabajar para hacer más en este sentido.

### **Fuerte estructura, reguladores autónomos**

---

Como un “liberal” por sentimiento, los que me conocen bien deben estar sorprendidos de mi apoyo a la

regulación autónoma en sistemas de salud.

Esta convicción surge en gran parte de ver el impacto de la creación del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) y la Comisión de Asistencia Sanitaria en el desempeño y la cultura del NHS en Inglaterra. Ambas asociaciones fueron creadas por el Partido Laborista del Gobierno del Reino Unido, estando cada vez mejor asentadas, con respeto y autoridad.

Estas dos asociaciones ponen los estándares a través de una gama creciente de servicios de asistencia sanitaria, ofrecen evaluaciones independientes del impacto y el valor de nuevas tecnologías y revisan el desempeño de los proveedores de asistencia sanitaria en una base continuada. Sus grandes virtudes son su independencia de la interferencia política y su fuerte dependencia a la hora de informar sobre sus decisiones y las recomendaciones.

En el contexto de un sistema de salud que busca mejoras en la eficacia y resultados, estas pueden reducir drásticamente el esfuerzo necesario a nivel local para comparar el desempeño y marcar la pauta para la mejora.

### **Construcción de sistemas efectivos de información que sirven tanto a la gestión como a propósitos clínicos**

---

Los sistemas de salud que quieran mejorar tienen que tener sistemas sofisticados de información que apoyen el proceso de cambio. Esto es un hecho manifiesto. Mi experiencia personal me ha enseñado con el paso de los años que es notablemente fácil de conseguir equivocarse en un asunto fundamental. Esto es la capacidad del sistema de información de servir tanto a la gestión como a los propósitos clínicos. El requisito de la gestión puede ser cifrado en la necesidad de registrar niveles de actividad y costes; el requisito clínico lo será en resultados y calidad para los pacientes. Cuando ambos son direccionados hay un inmenso potencial de apoyar un camino para mejorar, que puede traducirse en eficiencia, uso de los recursos y la calidad de la asistencia, simultáneamente. Cuando uno o el otro son descuidados en el desarrollo de nuevos sistemas de información se pierde una gran oportunidad (esta conclusión está basada en gran parte en la expe-

riencia del NHS en Inglaterra entre finales de los años ochenta y principios de los noventa. Bajo la iniciativa de Gestión de Recursos, el desarrollo de sistemas de información dirigió las necesidades de ambos. Un cambio del gobierno y la política, y la introducción del “mercado interno” distorsionó, subsiguentemente, el desarrollo de los sistemas de información hacia consideraciones más comerciales, y la “calidad” sufrió mucho en sus resultados para los próximos 15 años).

### Avance local

En cualquier proceso de cambio, inclusive la persecución de la mayor eficacia, hay una parte para ser desempeñada por el centro directivo. Esto incluye crear nuevas visiones para el futuro, poniendo estándares y objetivos y vigilando los progresos. Pero, discutiblemente, la mayor contribución del centro directivo es cuando se autoriza a trabajar localmente con niveles altos de autonomía. Esto es crítico porque, a nivel local, los asuntos serán observados y comprendidos, pero invisibles a nivel central, porque la energía y la pericia que siempre existe a nivel

local tienen que poder actuar libres para producir el impacto más grande. Otra vez esto es puesto rápidamente de manifiesto, ya que no hay escasez de ejemplos de sistemas de salud que suprimen iniciativas y energía locales por un excesivo control y dirección de objetivos desde el centro director que luego queda decepcionado por los resultados logrados.

### Integración de salud y cuidados sociales

Los sistemas de salud son capaces de ser muy introspectivos y obsesionados consigo mismos. Una de las consecuencias puede ser un fracaso de los sistemas en reconocer los niveles crecientes de la interdependencia entre la salud y el cuidado social. En economías desarrolladas, en particular, con poblaciones envejecidas y niveles altos de enfermedad crónica, la capacidad de individuos para vivir independientemente es, cada vez más, dependiente del nivel de cuidado social que ellos reciben que de la propia contribución del sistema de salud. Fallar en reconocer esta interdependencia es un error, y los sistemas de salud que tie-

nen un mayor progreso y desarrollo parecen ser los que ponen el acento en la necesaria asociación entre la salud y el cuidado social, o que buscan la plena integración. En ambos casos ninguna frontera organizativa entre la salud y el cuidado social debe ser permitida como excusa para la mejora limitada en la amplia experiencia del servicio a la población.

### **Integración de toda asistencia médica**

---

La literatura mundial en sistemas de salud ha dividido papeles y funciones durante toda mi vida laboral. Esto ha tenido como resultado “distinciones útiles” entre cuidado primario, secundario y terciario, y entre la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el tratamiento de aquella. Donde tales distinciones llegan a ser inútiles es cuando los sistemas de salud utilizan estas diferencias para diseñar modelos organizacionales que crean inmediatamente barreras a la cooperación entre proveedores de servicios y al paso de los usuarios del servicio por el sistema. Estas llegan a la máxima exageración cuando un sis-

tema es diseñado para la competición antes que para la colaboración. Esto fue experimentado en el Reino Unido con la creación de mercados internos que forzaron, en particular, a clínicos a competir antes que trabajar juntos para asegurar la mejor entrega posible de servicio para su población.

No es baladí que el Reino Unido (y especialmente Escocia, Gales e Irlanda del Norte) haya abandonado en gran parte mecanismos de mercadotecnia como elementos directores para la mejora, y siguen cada vez más hacia la integración de los servicios como modelo preferido. Esta tendencia es reforzada por la evidencia de que algunos de los mejores sistemas de salud que hay en el mundo ponen gran énfasis en la integración de servicios como un valor fundamental que conduce a la mejora.

### **Invertir en el diseño y desarrollo de entrega de servicios local y central**

---

Mejorar e incrementar la eficacia no es barato. Los retornos de iniciativas de mejora pueden ser dramáticos y transformacionales, pero to-

dos comienzan con una inversión. Puede ser simplemente una inversión de tiempo, o de pericia, o de recursos físicos como equipo, edificios o nuevos fármacos.

A pesar de la inmensa literatura mundial que demuestra el impacto de la investigación y la innovación en la entrega de servicios, he venido observando, en la mayoría de los sistemas de la salud, una grave desgana para invertir en una estrategia de mejora. Esto contrasta bruscamente con otros sectores.

Hay una cantidad enorme de pruebas de desarrollo local exitosas que no han sido adoptadas más extensamente por los sistemas de salud. Existe un reconocimiento creciente de que la “extensión” importa, y ciertamente en el NHS del Reino Unido hay una contribución más grande de asociaciones centrales como NICE y la Comisión de Asistencia Sanitaria, pero el verdadero desarrollo a nivel local depende de asociaciones de salud que se dan a sí mismas la capacidad de mejorar la implementación y el desarrollo. Son llamadas a la inversión, pero cuando la inversión está hecha el potencial para el desarrollo es muy vasto.

## ¿Invertir en liderazgo?

---

¿Por qué soy un partidario apasionado de liderazgo? Porque a través de mi vida laboral, como director y como consultor, nunca he dejado de asombrarme de las diferencias que producen grandes líderes. Cualquier cosa que “el sistema” pueda estar demandando o pueda estar esperando los mejores líderes tienen capacidad para superarlo. Los equipos dirigidos por personas con fuertes valores y capaces de entusiasmar a otros a menudo traerán cambios en la manera en la que operan los sistemas de salud, que son verdaderas transformaciones, más allá de cualquier medida de mejora del desarrollo.

Esto hace del liderazgo y de los líderes individuales un vehículo obvio para la inversión ya que, al menos, los mejores líderes reconocerán generalmente que su desarrollo ha sido beneficiado por la inversión de sus organizaciones. Otra vez, no es casual, existe un alto interés por parte de los sistemas de salud en la atención para la identificación individualizada de los futuros líderes, apoyando sistemáticamente su desarrollo con la esperanza de que esta inversión producirá mejoras signifi-

cativas en el futuro del desempeño de su actividad.

### **Construir una cultura de excelencia y mejora**

---

Cuando observo los sistemas de asistencia sanitaria que más me impresionan, hay un hilo común que los liga a todos ellos. Este es el hecho de que todos han construido una cultura organizacional que promueve la excelencia y la mejora, y habiéndolo hecho, estos sistemas cosechan las recompensas en función del sobresaliente desempeño a través de una gran variedad de medidas de calidad, alto nivel de apoyo y satisfacción entre las poblaciones y los usuarios atendidos, desempeño financiero robusto y sentido orgullo por su fuerza de trabajo.

Utilizo las palabras “construir una cultura organizacional” deliberadamente. Esto es porque cada asociación tiene una cultura que puede ser analizada y puede ser descrita. Mucho más raras son las organizaciones que aprecian realmente el impacto que la cultura tiene sobre el funcionamiento y la mejora, y entonces siguen un sendero deliberado para construir una cultura que será la fuerza motriz para su

futuro. Las organizaciones hacen esto de diferentes maneras; se concentran en hacer explícitos los valores, hacen conexiones entre valores y comportamientos esperados de los que trabajan en las organizaciones, se comparan sistemáticamente a sí mismos y sus resultados con sus iguales, desarrollan líderes desde dentro, utilizan sistemas de recompensa para reforzar la mejora, escuchan con cuidado la reacción, están atentos a los detalles así como a la “gran imagen”, se proponen a sí mismos desafiar objetivos y celebran sus éxitos y los logros.

Cualquier análisis de reforma del sistema de salud, especialmente en países desarrollados, sugeriría que eso de “cambio de cultura” es utilizado raramente como la principal plataforma para mejorar el desempeño. En el NHS inglés la introducción de la Dirección General en los ochenta fue un raro y exitoso ejemplo de un cambio deliberado en la cultura. Esto ha colocado la base para muchos otros cambios que han seguido. Tristemente, parece que los políticos son mucho más proclives a recurrir al cambio estructural como la principal palanca para la mejora, aun cuando la evidencia sugiere que el impacto de intervenciones de este

tipo es en el mejor de los casos limitado, y en el peor decididamente contraproducente.

Así que mi consejo a los políticos y líderes organizacionales es finalmente muy sencillo. Si ustedes per-

mitieran solamente trabajar de una manera para mejorar la eficacia de las organizaciones, concentrándose en la construcción de una cultura de excelencia y mejora, entonces se asombrarían de los resultados!



---

Los lectores pueden estar preguntándose si mi sistema “ideal” de la salud existe, donde todo el consejo que he ofrecido en este artículo se sigue y donde los resultados pueden observarse.

Mi respuesta a esa pregunta tendría que ser no, pero hay sistemas que admiro que se acercan mucho a esto. El más cercano es el completamente integrado Káiser Permanente como organización para el mantenimiento de la salud (HMO) en EE.UU. Esta asociación es excepcional en el sistema norteamericano, en el que practican medicina social y en el que producen excelentes resultados para la población a la que atienden. Su desempeño es muy estudiado y escudriñado en la literatura.

Káiser Permanente no se proclama perfecto, pero ellos aspiran a ser “los mejores proveedores de asistencia médica integrada en el mundo”. ¡No es una mala aspiración si uno está interesado en mejorar su eficacia! Aunque ellos no desarrollan las 10 premisas que recomiendo, son apasionados acerca de la integración, y prestan una atención considerable a mi “top 3”. Desarrollan las siguientes: invertir en el diseño y desarrollo de entrega de servicios local y central, invertir en liderazgo y construir una cultura de excelencia y mejora.