

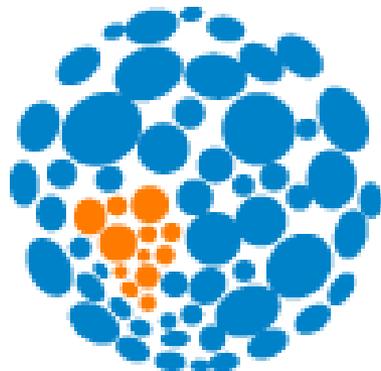
# Mejora de calidad y seguridad del paciente en Latinoamérica:

## ¿Qué podemos aprender de nuestros errores?



**Dr. Ezequiel García Elorrio**

**20.03.19**



# IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLINICA Y SANITARIA



## IECS

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD  
CLINICA Y SANITARIA

# El año de los reportes en Calidad y Seguridad para países en desarrollo

## Delivering quality health services

### A global imperative for universal health coverage

World Health Organization | WORLD BANK GROUP | OECD

The National Academies of SCIENCES • ENGINEERING • MEDICINE

## CROSSING THE GLOBAL QUALITY CHASM

### Improving Health Care Worldwide

The care that people receive is often inadequate, and poor-quality care is common across conditions and countries, with the most vulnerable populations facing the worst.

From a range of countries and conditions show systematic deficits in quality of care. In LMICs, mothers

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

## The Lancet Global Health Commission

### High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution

Executive summary

Although health outcomes have improved in low-income and middle-income countries (LMICs) in the past several decades, a new reality is at hand. Changing health needs, growing public expectations, and ambitious new health goals are raising the bar for health systems to produce better health outcomes and greater social value. But staying on current trajectories will not suffice to meet these demands. What is needed are high-quality health systems that optimise health care in each given context by consistently delivering care that improves or maintains health, by being valued and trusted by all people, and by responding to changing population needs. Quality should not be the preserve of the elite or an aspiration for some distant future; it should be the DNA of all health systems. Furthermore, the human right to health is meaningless without good quality care because health systems cannot improve health without it.

We propose that health systems be judged primarily on their impacts, including better health and its equitable distribution; on the confidence of people in their health system; and on their economic benefit, and processes of care, consisting of competent care and positive user experience. The foundations of high-quality health systems include the population and their health needs and expectations, governance of the health sector and partnerships across sectors, platforms for care delivery, workforce numbers and skills, and tools and resources, from medicines to data. In addition to strong foundations, health systems need to develop the capacity to measure and use data to learn. High-quality health systems should be informed by four values: they are for people, and they are equitable, resilient, and efficient.

For this Commission, we examined the literature, analysed surveys, and did qualitative and quantitative research to evaluate the quality of care available to people in LMICs across a range of health needs included in the Sustainable Development Goals (SDGs). We explored the ethical dimensions of high-quality care in resource-constrained settings and reviewed available measures and improvement approaches. We reached five conclusions:

**High-quality health systems could save over 8 million lives each year in LMICs.** More than 8 million people per year in LMICs die from conditions that should be treatable by the health system. In 2015 alone, these deaths resulted in US\$6 trillion in economic losses. Postability care is now a bigger barrier to reducing mortality than insufficient access. 60% of deaths from conditions amenable to health care are due to poor-quality care, whereas the remaining deaths result from non-utilisation of the health system. High-quality health systems could prevent 2.5 million

and children receive less than half of recommended clinical actions in a typical preventive or curative visit. Less than half of suspected cases of tuberculosis are correctly managed, and fewer than one in ten people diagnosed with major depressive disorder receive minimally adequate treatment. Diagnoses are frequently incorrect for serious conditions, such as pneumonia, myocardial infarction, and newborn asphyxia. Care can be too slow for conditions that require timely action, reducing chances of survival. At the system level, we found major gaps in safety, prevention, integration, and continuity, reflected by poor patient retention and insufficient coordination across platforms of care. One in three people across LMICs cited negative experiences with their health system in the areas of attention, respect, communication, and length of visit (visit of 5 min or commonly) on the extreme end of these experiences were disrespectful treatment and abuse. Quality of care is worst for vulnerable groups, including the poor, the less educated, adolescents, those with stigmatised conditions, and those at the edges of health systems, such as people in prisons.

Universal health coverage (UHC) can be a starting point for improving the quality of health systems. Improving quality should be a core component of UHC initiatives, alongside expanding coverage and financial protection. Governments should start by establishing a national quality guarantee for health services, specifying the level of competence and user experience that people can expect. To ensure that all people will benefit from improved services, expansion should prioritise the poor and their health needs from the start. Progress on UHC should be measured through effective (quality-corrected) coverage.

www.thelancet.com/hqssh Published online September 5, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30886-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30886-3)

# Lancet Comission en SDG

High-quality health systems in the Sustainable Development  
Goals era: time for a revolution

Lancet Glob Health 2018

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

- Principales recomendaciones y hallazgos:
  - La atención que reciben las personas a menudo es inadecuada, y la atención de mala calidad es común en todas las condiciones y países, y para las poblaciones más vulnerables son las peores
  - **Los sistemas de salud de alta calidad podrían salvar más de 8 millones de vidas cada año en los LMIC**
  - Los sistemas de salud deben medir e informar qué es lo más importante para las personas, como la atención competente, la experiencia del usuario, los resultados de salud y la confianza en el sistema.
  - Más investigación es crucial para la transformación de los sistemas de salud de baja calidad en sistemas de alta calidad
  - Mejorar la calidad de la atención requerirá una acción de todo el sistema

Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online September 5, 2018

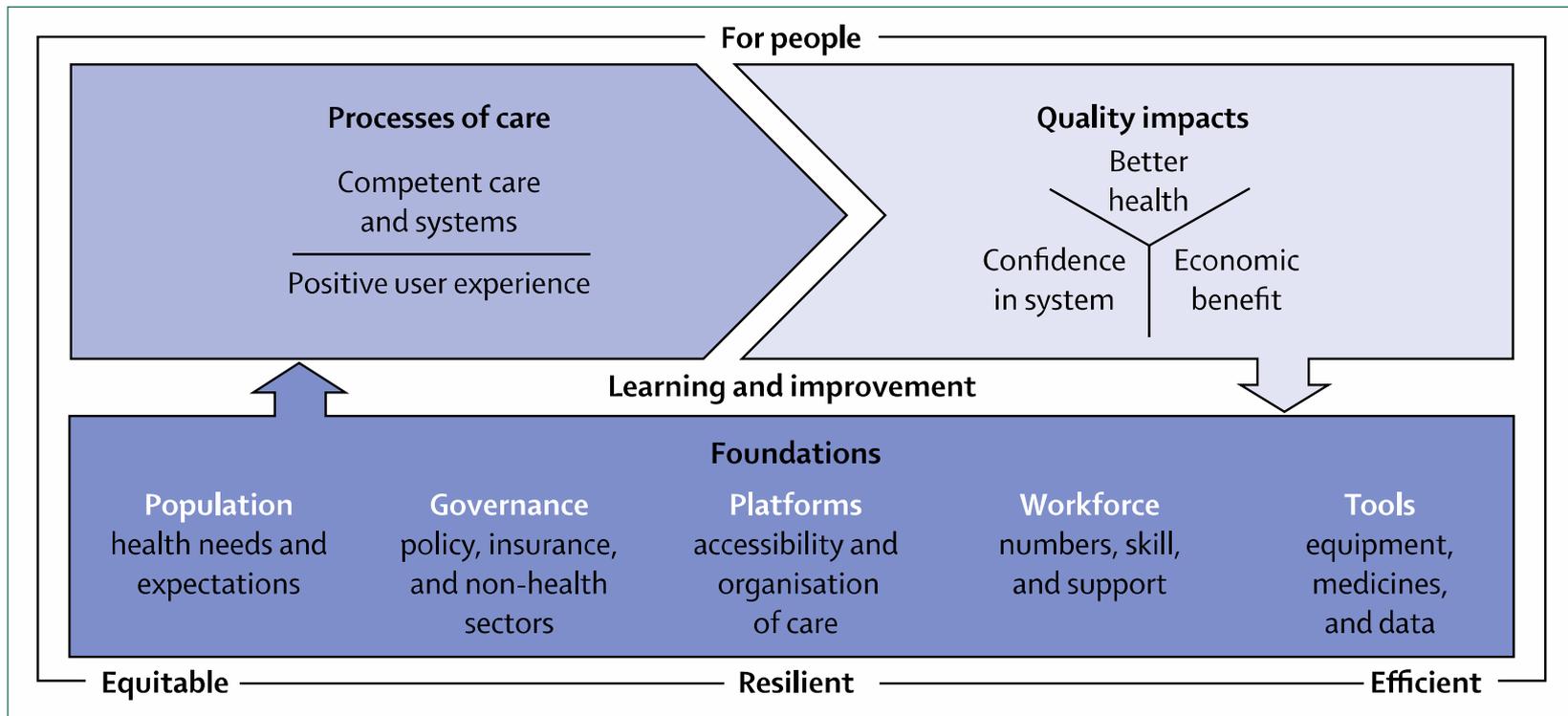


Figure 1: High-quality health system framework

### Community outreach

#### Evidence-based care



- **52–78%** of child pneumonia cases correctly managed by community health workers in studies in Ethiopia, Zambia, and Malawi.<sup>A11–A13</sup>

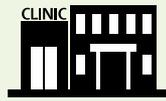
- **1.4 to 13 times** higher likelihood of correct management of paediatric diarrhoea among community providers compared with children not taken to a provider for care across five LMICs.<sup>A14</sup>

#### Competent systems: safety

- **45%:** Ethiopia's Health Extension Worker programme appropriate infection prevention score.<sup>A15</sup>

#### User experience

- **82%:** community health workers interpersonal treatment score, compared with 65% for facility-based workers, in western Kenya.<sup>A16</sup>



### Primary care

#### Evidence-based care

- **35%** and **54%** average adherence to clinical guidelines for the management of childhood illnesses and the provision of antenatal care across primary care facilities in nine LMICs (appendix 2).

#### Competent systems: safety

- **32%** mean compliance with appropriate infection prevention practices in primary care facilities in Kenya, ranging from **2%** for hand hygiene to **87%** for injection and blood sampling safety.<sup>A18</sup>

#### Competent systems: prevention and detection

- **48%** of adults across six LMICs are up to date with preventive exams (blood pressure and cholesterol check).<sup>A19</sup>
- **20%** of women aged 50–69 years across six LMICs had a mammogram in the past 3 years (appendix 2).<sup>A20</sup>

#### Competent systems: continuity

- **66%** of respondents across six LMICs report that their regular doctor knows important information about their medical history (appendix 2).<sup>A19</sup>
- **40%** of patients across six LMICs report assistance from their primary care doctors in coordinating their care (appendix 2).<sup>A19</sup>

#### User experience

- **23%** effective access to primary care in Haiti, defined as the proportion of the population living within 5 km of a primary care facility of good quality.<sup>A21</sup>
- **49 min** average waiting time in primary care facilities in a simulated patient study in Nairobi, Kenya.<sup>A22</sup>
- **<5 min** mean primary care physician consultation length across studies in 18 LMICs, covering about 50% of the world's population.<sup>A23</sup>

#### Impacts: bypassing

- **44%** of patients across six LMICs used emergency rooms for conditions that could have been treated at the primary care level (appendix 2).<sup>A19</sup>
- **40%** of people in a study in Ethiopia sought routine maternal and child care (including antenatal care, family planning, and vaccinations) from hospitals.<sup>A24</sup>

### H



### Hospitals

#### Evidence-based care

- **55%** of small and sick newborn babies in a study in Nairobi hospitals received appropriate evidence-based treatments during inpatient care.<sup>A25</sup>
- **50%** of ideal candidates for reperfusion therapy across Chinese hospitals received the treatment among patients admitted for acute myocardial infarctions.<sup>A26</sup>

#### Competent systems: safety

- **66%** of the global burden of adverse events from unsafe care, and the DALYs lost from them, occur in LMICs.<sup>A27</sup>
- **6.1 per 100 surgical procedures:** rate of surgical site infections in LMICs, compared with 0.9 per 100 surgical procedures in the USA.<sup>A28</sup>

#### Competent systems: timely care

- **11.7 days:** mean time from hospital admission to surgery for femur fractures in four African LMIC hospitals, compared with 0.6 day in the USA.<sup>A29</sup>

#### Impacts: mortality and morbidity

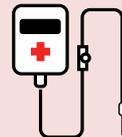
- **1.8%:** median mortality in emergency departments across 65 LMIC hospitals, **45 times higher** than mortality in US emergency departments.<sup>A30</sup>
- **7.8%:** perioperative mortality after emergency peripartum hysterectomies in LMIC studies, compared with 0.76% in high-income countries.<sup>A31</sup>
- **22.2:** relative risk of death after caesarean sections in LMICs, compared with the Netherlands (2.4 for appendectomy, and 1.8 for groin hernia repair).<sup>A32</sup>
- Number of perioperative cardiac arrests is **two times higher** in low-HDI countries than in high-HDI countries.<sup>A33</sup>
- Anaesthetic-related mortality and perioperative mortality of emergency abdominal surgery is **three times higher** in low-HDI countries than in high-HDI countries.<sup>A34</sup>
- **One in ten** surgical patients in Africa dies and **one in five** develops a postoperative complication, according to the African Surgical Outcomes Study done in 25 LMICs for all in-patient surgeries.<sup>A35</sup>
- **164 per 100 000 livebirths:** intrahospital maternal mortality ratio across 27 LMICs, ranging from zero maternal deaths in sampled facilities in China, Jordan, occupied Palestinian territory, and Vietnam, to 620 deaths per 100 000 women in Nigerian hospitals.<sup>A36</sup>

### Emergency medical services



- **54%** of LMICs have a national universal access phone number for pre-hospital care.<sup>A17</sup>
- **37%** of LMICs are able to transport the majority of seriously injured patients by ambulance after road traffic crashes.<sup>A17</sup>

### Referral systems



- **55%** of respondents across six LMICs reported that specialists did not have basic medical information from their regular doctor and **54%** reported that their regular doctor did not subsequently receive up-to-date information after the specialist visit (appendix 2).<sup>A19</sup>
- **10%** of patients in a study in Ethiopia used the referral system.<sup>A24</sup>
- **5%** of simulated patients in a study in Nairobi, Kenya, were correctly referred in primary care facilities.<sup>A22</sup>
- **51%:** Ethiopia's national health extension worker programme score on referral linkage, including availability and means of transport, facility feedback mechanisms, and willingness of patients to go to the referral facilities.<sup>A15</sup>

**Figure 9: Quality of care across health system platforms in low-income and middle-income countries (LMICs)**  
DALYs=disability-adjusted life-years. HDI=Human Development Index. References can be found in appendix 1.

|   | Indicators | Quality-relevant indicators | Foundations | Processes of care |                 | Quality impacts |            |                  | Patient-reported |
|---|------------|-----------------------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------------|------------|------------------|------------------|
|   |            |                             | All*        | Competent care    | User experience | Health outcomes | Confidence | Economic benefit |                  |
| <b>Global measurement sets</b>  |            |                             |             |                   |                 |                 |            |                  |                  |
| Countdown 2030 indicators   | 137        | 91                          | 41          | 26                | 1               | 23              | 0          | 2                | 0                |
| EURO health for all database  | 603        | 130                         | 68          | 16                | 0               | 45              | 0          | 1                | 3                |
| OECD health care indicators   | 183        | 160                         | 87          | 11                | 9               | 42              | 0          | 6                | 13               |
| SDG health indicators   | 89         | 28                          | 11          | 7                 | 1               | 8               | 0          | 1                | 1                |
| WHO core 100 (2015)   | 100        | 49                          | 15          | 14                | 0               | 18              | 0          | 2                | 0                |
| WHO IPCHS global indicators   | 14         | 11                          | 6           | 4                 | 1               | 1               | 0          | 0                | 1                |
| <b>Cross-national measurement sets</b>  |            |                             |             |                   |                 |                 |            |                  |                  |
| DHS   | NA         | 72                          | 4           | 51                | 2               | 14              | 0          | 1                | 63               |
| SARA  | NA         | 268                         | 268         | 0                 | 0               | 0               | 0          | 0                | 0                |
| SDI   | 761        | 726                         | 723         | 2                 | 0               | 1               | 0          | 0                | 0                |
| SPA   | 1413       | 1269                        | 784         | 349               | 108             | 22              | 6          | 0                | 156              |
| <b>Example of national measurement sets for routine health system measurement</b> |            |                             |             |                   |                 |                 |            |                  |                  |
| Ethiopia HMIS   | 121        | 30                          | 8           | 11                | 0               | 11              | 0          | 0                | 0                |
| Kenya HIS   | 198        | 135                         | 60          | 53                | 3               | 17              | 0          | 0                | 3                |
| Mexico IMSS, ISSSTE, MOH  | 1055       | 471                         | 205         | 97                | 36              | 103             | 17         | 13               | 21               |
| Nepal HMIS  | 305        | 183                         | 89          | 39                | 0               | 32              | 0          | 0                | 0                |
| Senegal DHIS2   | 398        | 168                         | 51          | 35                | 3               | 29              | 5          | 0                | 0                |

**Figure 12: Representation of quality subdomains in global, crossnational, and national measurement sets**

We mapped indicators against domains of the high-quality health systems framework (figure 1), identifying the single domain most relevant for each indicator. We additionally classified indicators as patient-reported if the data were collected with individual self-reports. Full methods are detailed in appendix 1. Cells are coloured by greatest number of indicators per row (source), with red indicating 0, orange and yellow the midrange, and green the maximum number observed for that measurement set. DHIS2=District Health Information System 2. DHS=Demographic and Health Surveys. HIS=Health Information System. HMIS=Health Management Information System. IMSS=Instituto Mexicano del Seguro Social. IPCHS=Integrated People-Centred Health System. ISSSTE=Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. OECD=Organisation for Economic Co-operation and Development. SARA=Service Availability and Readiness Assessment. SDG=Sustainable Development Goals. SDI=Service Delivery Indicator Survey—health. SPA=Service Provision Assessment. \* Population, governance, platforms, workforce, and tools.



# Recomendaciones Generales HQSS Commission

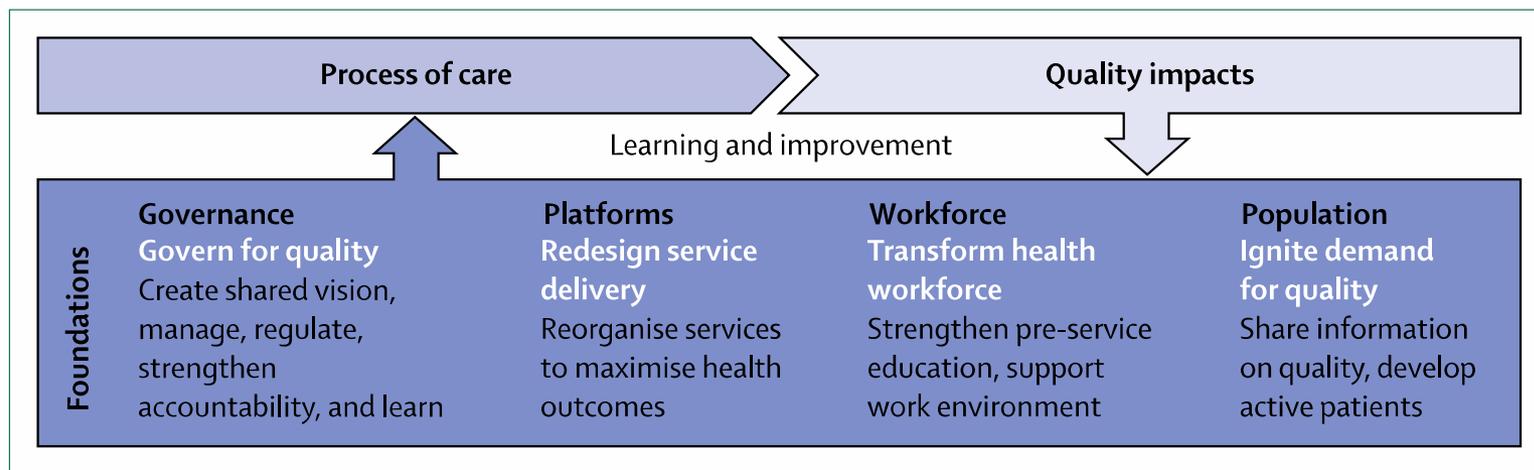
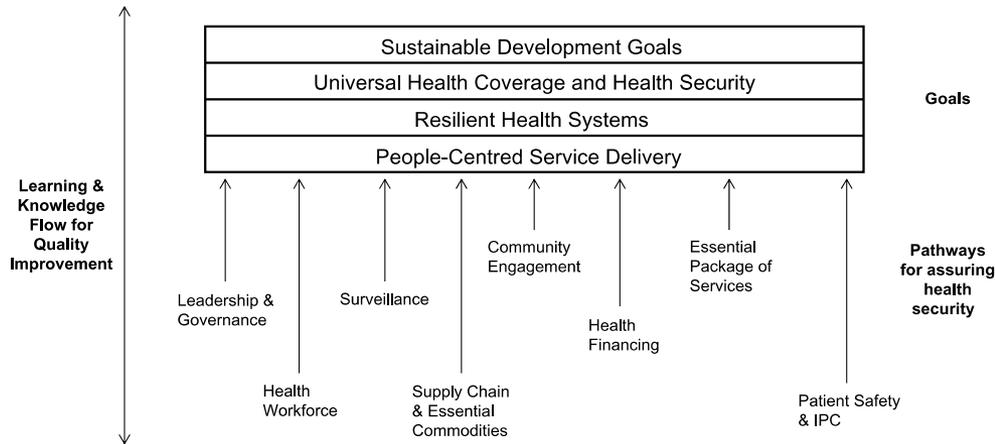


Figure 16: Universal actions for improving quality of care

# Seguridad del paciente al nivel de Sistema de salud



"UHC mejora la cobertura y el acceso, pero hemos visto que la seguridad del paciente es fundamental para crear un impacto en la reducción de daños"

Figure 1. Key pillars essential for enhancing health security.

## Quality improvement and emerging global health priorities

NANA MENSAH ABRAMPAH<sup>1</sup>, SHAMSUZZOHA BABAR SYED<sup>1</sup>, LISA R. HIRSCHHORN<sup>2</sup>, BEJOY NAMBIAR<sup>3,4</sup>, USMAN IQBAL<sup>5</sup>, EZEQUIEL GARCIA-ELORRIO<sup>6</sup>, VIJAY KUMAR CHATTU<sup>7</sup>, MAHESH DEVNANI<sup>8</sup>, and EDWARD KELLEY<sup>1</sup>

*"The work required includes focused attention on the continuum of national quality policy formulation, implementation and learning; alongside strengthening the measurement-improvement linkage. Quality improvement plays a key role in strengthening health systems to achieve UHC"*

*International Journal for Quality in Health Care, 2018, 30(S1), 5–9*

# Hechos

- **Tamaño del problema:** IOM, CS ´90 IBEAS, AMRO, AFRO y estudios de brechas en la atención (Mc Glynn)
- **Impacto del problema:** 43 Millones de DALYs a nivel mundial.

Jha AK, et al. BMJ Qual Saf 2013;22:809–815

- **Causas del problema:** aclaradas en países desarrollados
- **Soluciones para el problema**
  - Paquetes (Bundles)
  - Listas de cotejo.
  - Campañas
  - Acreditación



BMJ 2016;353:i2139 doi: 10.1136/bmj.i2139 (Published 3 May 2016)

---

**Medical error—the third leading cause of death in the US** Martin A Makary Michael Daniel

# Declaración de Salzburgo: orientando el camino hacia adelante (2012)

- Pedimos a los **líderes de la política de salud** adoptar y promover la mejora de la calidad como la piedra angular para una mejor salud para todos.
- Pedimos que **los pacientes** que estén facultados y en la vanguardia de la visión compartida de su país para una mejor salud para todos.
- Pedimos que **las comunidades** puedan abogar activamente por la calidad de la asistencia sanitaria como parte de sus derechos y responsabilidades.
- Pedimos por **los trabajadores de la salud** para mejorar continuamente la entrega de sus cuidados y el cuidado compasivo para los pacientes y sus familias.
- Pedimos a aquellos que proporciona **asistencia técnica** para la salud incorporar métodos de mejora basadas en la evidencia en su trabajo.
- Pedimos a los **financiadore de desarrollo** invertir en enfoques que impulsen mejoras específicas del contexto sostenibles en la salud mundial.
- Pedimos a **los gobiernos** sean responsables de la mejora de la salud a través de la legislación, las políticas y los recursos necesarios.



# Países desarrollados: La visión hacia el futuro (2016)

## PATIENT SAFETY 2030

1. **A systems approach.** The approach to reduce harm must be integrated and implemented at the system level.
2. **Culture counts.** Health systems and organisations must truly prioritise quality and safety through an inspiring vision and positive reinforcement, not through blame and punishment.
3. **Patients as true partners.** Healthcare organisations must involve patients and staff in safety as part of the solution, not simply as victims or culprits.
4. **Bias towards action.** Interventions should be based on robust evidence. However, when evidence is lacking or still emerging, providers should proceed with cautious, reasoned decision-making rather than inaction.

1. Aproximación por sistemas
2. La cultura cuenta
3. Los pacientes como socios reales.
4. Sesgo a la acción

[www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre](http://www.imperial.ac.uk/patient-safety-translational-research-centre)

# Características del Sector Salud en LAC

- Niveles de inversión elevados en algunos de sus países con resultados heterogéneos.
- Alta participación del estado en forma directa (50-60% o más) o a través de sistemas de seguridad social con alto nivel de regulación.
- Niveles de crecimiento de la demanda y gasto en salud.
- Altos niveles de desperdicio por fragmentación e intereses desalineados.

# La región

- Clara Mejora de los indicadores. Gasto en salud de importancia y creciente. Transición epidemiológica.
- 60 millones de personas salieron de la pobreza pero la región dejó de crecer en los últimos 5 años. Retroceso potencial?
- La **Inequidad** es un factor demasiado común. 25% en pobreza.

82M de personas viven con menos \$ 2.50 diarios

38.9% vulnerable con \$ 4-10 diarios

|   | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|
| Life expectancy, total (yrs)                  | 73.8  | 74.0  | 74.2  | 74.5  | 74.7  | 74.9  | 75.1    | 75.4    | 75.6    | 75.8    |
| Male  | 70.5  | 70.7  | 71.0  | 71.2  | 71.4  | 71.7  | 71.9    | 72.1    | 72.3    | 72.5    |
| Female  | 77.2  | 77.4  | 77.7  | 77.9  | 78.1  | 78.3  | 78.5    | 78.8    | 79.0    | 79.2    |
| Infant mortality rate (per 1,000 live births) | 22.6  | 22.0  | 21.4  | 20.8  | 20.2  | 19.6  | 19.1    | 18.6    | 18.1    | 16.6    |
| Doctors (per 1,000 pop)                       | 1.7   | 1.8   | 1.8   | 1.8   | 1.8   | 1.9   | 1.9     | 2.0     | 2.0     | 2.1     |
| Healthcare spending (US\$ per head)           | 647.3 | 648.1 | 804.2 | 908.6 | 883.1 | 938.5 | 1,004.5 | 1,067.4 | 1,117.8 | 1,184.3 |
| Healthcare spending (% of GDP)                | 7.2   | 7.9   | 7.9   | 8.0   | 8.0   | 8.1   | 8.1     | 8.0     | 8.0     | 8.1     |



# Situación de LAC: Evidencia

- **IBEAS:** OR(p) 10.5 (9.91-11.04). 60% prevenibles. 58 Hosp en 5 países

Aranaz-Andres JM, Aibar-Ramon C, Limón-Ramirez R, et al. BMJ Qual Saf (2011).

- **AMBEAS:** Prev 5.2% (4.2-6.1%) 52.4% prevenibles. 2080 en 4 países

Dolors Montserrat-Capella, Manuel Suárez, Lidia Ortiz, José Joaquín Mira, Hernando Gaitán Duarte, Ludovic Reveiz on behalf of the AMBEAS Group. Int J Qual Health Care. 2015 Feb;27(1):52-9.

No hay estimación del impacto económico

# Algunos errores que pudimos haber comentado.. (entre otros).

- Falta de suficiente **información** como punto de partida. (burning platform).
- **Fragmentación.** Diferentes modelos en cada país.
- **Falta de continuidad.** Cambios de regímenes.
- **Falta de inversión.** ¿Cuanto se dedica a calidad de atención?
- **Liderazgos débiles.**

Múltiples oportunidades perdidas

# Los que lo logran, ¿Por qué lo hacen?

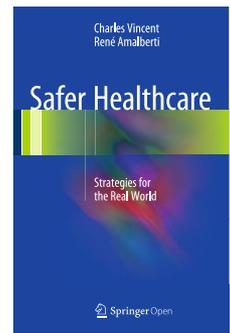
...Aspiracional/ Porque no tienen alternativa

- Espiritu de excelencia. Hacer las cosas bien.
- Regulación
- Fuerzas de mercado.  
Competencia/Valor/Desperdicio
- ¿Demanda de los consumidores?
- ¿Demanda de los profesionales?



# Formatos de la mejora de calidad

- **Evaluación Externa**
  - Acreditación, Certificación, ISO, Baldrige (Premios Nacionales).
- **Reporte público** y benchmarking
- **Mejora de procesos** en todas sus formas (Ciclo de mejora, Lean, Six sigma o la combinación de ellas entre otras):
- **Mejora a Gran Escala**
  - Campañas y Colaborativas
- **Soluciones:** Simulación, TS, Checklists, CRM, etc.

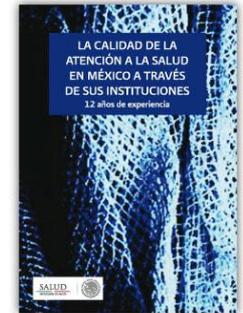


# Algunos casos de éxito/Líderes en la región

- Regulación: Planes Nacionales
- Regulación/Mejora: Sistemas de acreditación Institucional (evaluación externa).
- Cerrando el Know/Do Gap: Investigación en cambio de conducta profesional
- Diseminación: Colaborativas
- Mejorando la atención primaria
- El futuro: Innovación.

(Solo para mencionar algunos)

# 1: Planes Nacionales: El caso de México y Chile



- Múltiples componentes (dinámicos) con continuidad a través del ciclo político.
- Facilitadores/Barreras
  - Diseño del país (Centralizado/Autonomía Federal)
  - Continuidad de ideas estado más allá de los partidos.
- Impacto?

# Modelos 2: Acreditación Insitucional

- Modelo de evaluación externa de la calidad que promueve iniciativas de seguridad del paciente a nivel hospitalario y ambulatorio entre otros.
- Adopción:
  - Sector público: Chile, Mexico, Ecuador y Perú,
  - Sector Privado: Argentina, Brasil y Colombia
  - Internacional: ACI y JCI (120+ Hosp). Metas Internacionales.
  - Planetree como modelo orientado al paciente.
- Impacto? n engl j med 363;7 nejm.org august 12, 2010
- ¿Como extenderlo efectivamente a otros niveles de atención (atención primaria/LTC)

# Modelos 3: Colaborativas URC

- Por lo menos 15 años en colaborativas en mejora de calidad en LAC. Hoy proyecto “USAID Assist”.
- Tópicos: Salud Materno Infantil y Enf Transmisibles entre otras. Crecientemente Crónicas.
- Basado en el ciclo de mejora y activa participación de los involucrados.
- Las mismas se desarrollaron en numerosos países de LAC



# Modelo 3: Colaborativas AB y AN

- Campañas voluntarias sin financiamiento que desde hace 4 años buscan reducir las Infecciones asociadas al cuidado de la salud en UCIs de LAC
- Logró promover reducciones de por lo menos 50% de tasas de infecciones y estimar daño evitable a los pacientes
- Lanzamiento de la fase piloto de Adios Neumonias en Febrero 2016 para probar métodos que logren la disminución de NAVM.

[www.cliccs.org](http://www.cliccs.org)



# Modelo 3: Colaborativas en Brasil

- PROADI, HIAE e IHI



PARTO ADEQUADO

- Parto adequado

- Paciente Seguro



- Salud en sus manos

- Associação Congregação de Santa Catarina

- Reducción de Infecciones intrahospitalarias

- Mejora del cuidado de la Sepsis



# Modelo 4: Cerrando el Know-Do gap

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

## A Behavioral Intervention to Improve Obstetrical Care

Fernando Althabe, M.D., Pierre Buekens, M.D., Eduardo Bergel, Ph.D., José M. Belizán, M.D., Marci K. Campbell, Ph.D., Nancy Moss, Ph.D., Tyler Hartwell, Ph.D., and Linda L. Wright, M.D., for the Guidelines Trial Group\*

N Engl J Med 2008; 358:1929-1940

## A multimodal intervention to improve hand hygiene in ICUs in Buenos Aires, Argentina: a stepped wedge trial

VIVIANA RODRIGUEZ<sup>1</sup>, CAROLINA GIUFFRE<sup>2</sup>, SILVIA VILLA<sup>2</sup>, GRISELDA ALMADA<sup>2</sup>, NITTITA PRASOPA-PLAIZIER<sup>3</sup>, MONICA GOGNA<sup>4</sup>, LUZ GIBBONS<sup>1</sup>, EZEQUIEL GARCÍA ELORRIO<sup>1</sup>, and THE ARGENTINIAN GROUP HAND HYGIENE IMPROVEMENT<sup>1</sup>

*International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27(5), 405–411



www.igo.org

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Gynecology and Obstetrics

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ijgo](http://www.elsevier.com/locate/ijgo)



CLINICAL ARTICLE

A multifaceted intervention to increase prophylactic oxytocin use during the third stage of labor and to reduce routine episiotomies in Nicaragua

Ezequiel García-Elorrio <sup>a,\*</sup>, Alicia Aleman <sup>b</sup>, Maria L. Cafferata <sup>b</sup>, Mercedes Colomar <sup>b</sup>, Giselle Tomasso <sup>b</sup>, Yann Lacayo <sup>c</sup>, Henry Espinoza <sup>c</sup>, Shirley Villadiego <sup>d</sup>, Susheela Engelbrecht <sup>d</sup>, Fernando Althabe <sup>a</sup>

Int J Gynaecol Obstet. 2014 Oct;127(1):31-4

## A population-based, multifaceted strategy to implement antenatal corticosteroid treatment versus standard care for the reduction of neonatal mortality due to preterm birth in low-income and middle-income countries: the ACT cluster-randomised trial

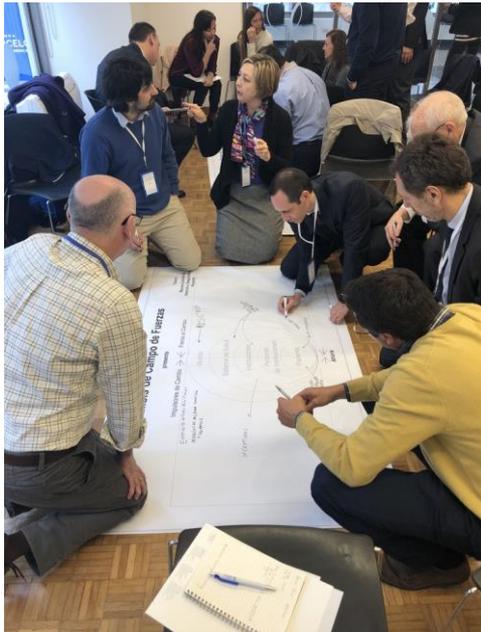
*Fernando Althabe, José M Belizán, Elizabeth M McClure, Jennifer Hemingway-Foday, Mabel Berrueta, Agustina Mazzoni, Alvaro Ciganda,*

The Lancet , Volume 385 , Issue 9968 , 629 - 639

# Modelo 5: Innovación

## The Science And Art Of Delivery: Accelerating The Diffusion Of Health Care Innovation

HEALTH AFFAIRS DECEMBER 2015 34:12  
Downloaded from [content.healthaffairs.org/](http://content.healthaffairs.org/)



[www.now-here.com/](http://www.now-here.com/)

# Modelo 6: Mejorando At Primaria

## Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform

Adolfo Rubinstein<sup>1</sup>, María Clara Zerbino<sup>2,\*</sup>, Cintia Cejas<sup>3</sup>, and Analía López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Minister of Health, Ministry of Health, Buenos Aires, Argentina

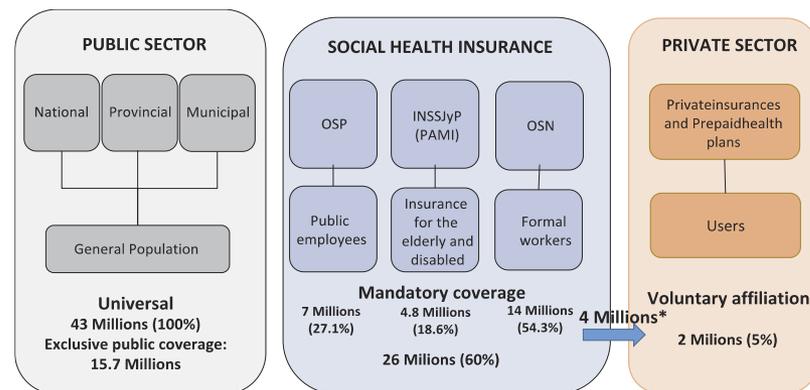
<sup>2</sup>Advisor General Coordination Unit, Ministry of Health, Buenos Aires, Argentina

<sup>3</sup>Undersecretary for Public Health Coverage, Ministry of Health, Buenos Aires, Argentina

<sup>4</sup>Chief of Staff, Ministry of Health, Buenos Aires, Argentina

*Health Systems & Reform*, 4(3):203–213, 2018

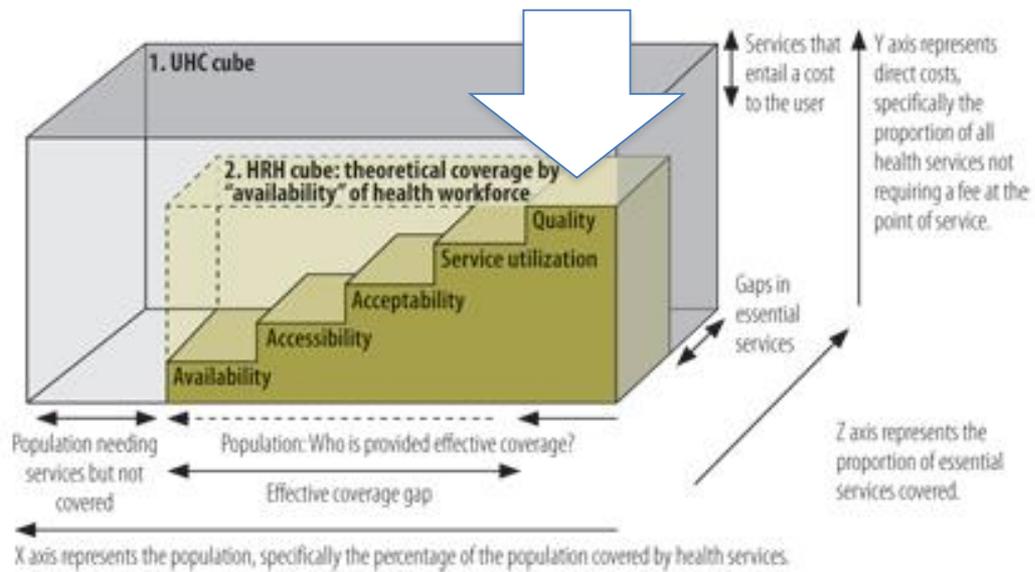
- Nominalización
- Cobertura efectiva
- Interoperabilidad de los sistemas de información.



En general, nuestro objetivo final es proporcionar UHC real y no UHC aspiracional en Argentina mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud provinciales mediante la aplicación de planes de seguro público; utilizar un enfoque explícito de establecimiento de prioridades para tomar decisiones sobre la cobertura de salud; reducir las disparidades de salud en la cobertura y los resultados, al menos en los problemas de salud priorizados; y construir un sistema de atención de salud orientado a la atención primaria.

# Situación de la salud.

Fig. 1. Dimensions of universal health coverage (UHC) pertaining to human resources for health (HRH): effective coverage



**HEALTH  
FOR ALL.  
EVERYWHERE.**

**12.12.15**  
UNIVERSAL HEALTH  
COVERAGE DAY

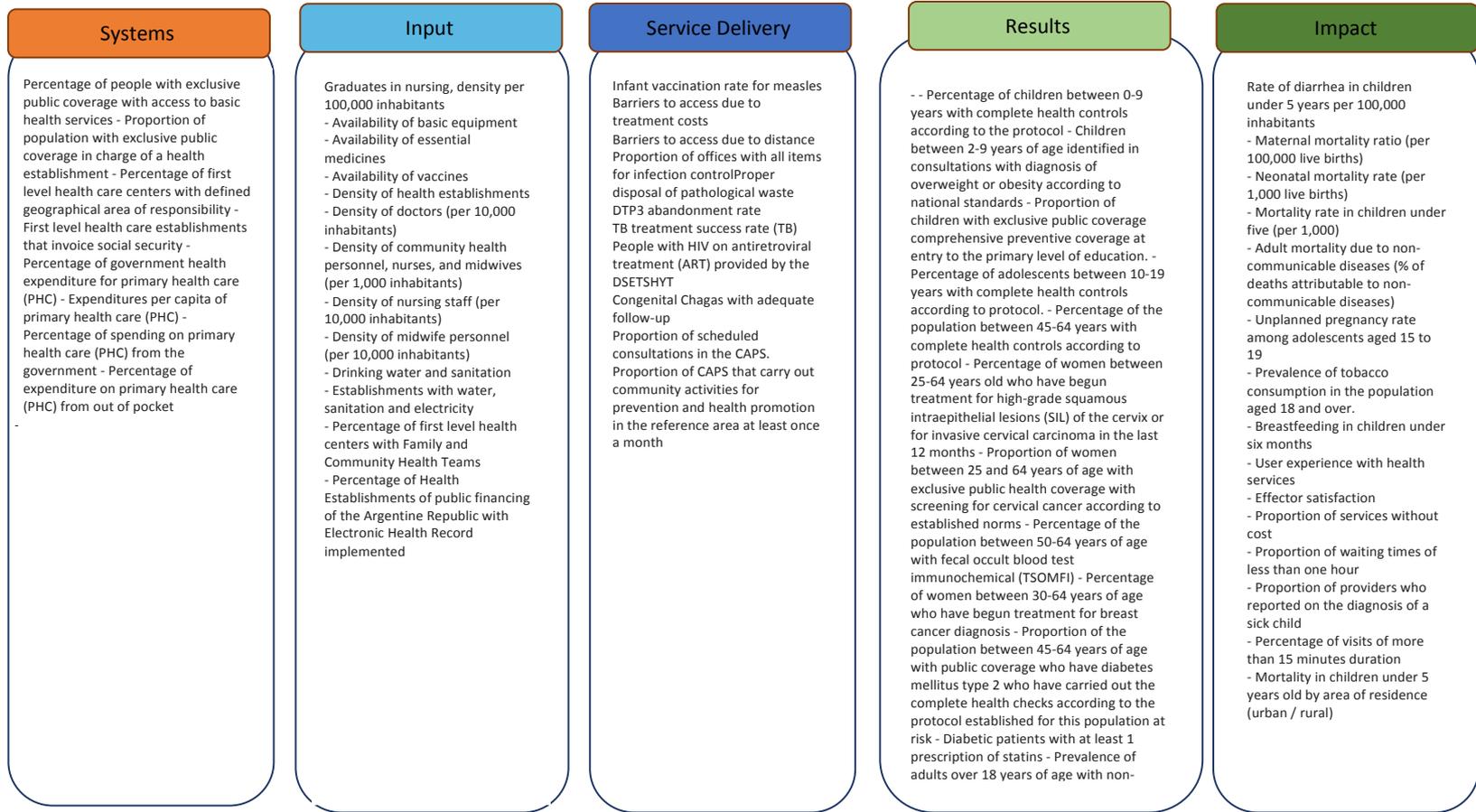
Adapted from *The world health report* (2010),<sup>4</sup> UN Economic and Social Council (2000)<sup>22</sup> and Tanahashi (1978).<sup>19</sup>

# Seguridad del paciente y atención primaria: el caso argentino

- Argentina tiene un sistema de salud muy fragmentado.
- 15 M están cubiertos exclusivamente por el sector público.
- No hay datos actuales sobre el nivel de daño en el nivel de atención primaria (solo IBEAS en 2011 para atención hospitalaria).
- En 2017 decidimos implementar plenamente UHC. Para apoyar a PHC ha creado un modelo de mejora basado en estándares y PDSA.
- Con el apoyo de la iniciativa PHCPI del BM, la OMS y la Fundación Gates han desarrollado un conjunto de indicadores para medir el desempeño en el nivel de atención primaria.

# Manual de mejora a nivel de APS.

- Basado en mapeos de modelos de evaluación externa para APS -40 estándares para procesos clínicos y de gestión-.
- Centrados en la seguridad en la APS
  - Procesos de diagnóstico en condiciones sensibles al tiempo para evitar retrasos.
  - Prevención y control de infecciones
  - Prevención de errores de identidad.
  - Adecuada entrega de medicación ambulatoria
- Complementado con planes de mejora para alcanzar objetivos.
- Desarrollo de un Scorecard basado en la iniciativa PHCPI



**SYSTEM:** Primary care within the health system is prioritized

**SUPPLIES:** Your System offers sufficient facilities, professionals and supplies.

**SERVICE DELIVERY:** Are the services accessible, effectively organized, managed and coordinated to provide high quality of care?

**RESULTS:** Your system manages to provide the necessary care for each stage of life

**IMPACT:** It achieves its system to provide efficiency and equity

# Ultima iniciativa: mejorando la calidad en Sistema Público en Argentina

- IECS actualmente realiza dos ensayos aleatorios grupales para mejorar las tasas de detección para el cáncer de colon y para mejorar la referencia de los pacientes cardiovasculares al nivel de APS.
- Financiado por el BID Intervenciones basadas en un modelo colaborativo diseñado y probado por proveedores.
- Resultados primarios:
  - 1- Nivel de tamizaje en población general.
  - 2.% de pacientes que regresan al nivel de APS después de la hospitalización o referencia al hospital
- Impacto: reducción de los retrasos en la atención de las pruebas de detección y reducción de la carga de trabajo en el segundo nivel de atención



# Otras acciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel nacional.

- Adopción por parte de los estados miembros de las iniciativas de la OPS / OMS para mejorar la seguridad
- La mayoría de los países de ALC han trabajado en **higiene de manos** en diferentes niveles.
- Los mismos países intentaron promover el uso de la **lista quirúrgica** con resultados heterogéneos.
- **México** recientemente **impuso por ley** el uso de prácticas de seguridad seleccionadas a nivel nacional.
- Programa de **Seguridad del Paciente en Brasil**

# Puntos en común entre los diferentes modelos

- Eligen problemas de alto impacto
- Requieren grandes dosis de liderazgo y compromiso.
- Miden rigurosamente y utilizan herramientas de mejora continua.
- Utilizan paquetes de medidas estandarizadas basadas en la evidencia.
- Crecientemente centrados en el paciente y en el personal de salud.
- Comparten hallazgos para acelerar la velocidad de difusión.

# Lagunas del conocimiento

- Seguridad fuera del hospital
- Atención primaria, cuidados domiciliarios y cuidados de largo plazo
- Soluciones de evaluación.
- Foro en países en desarrollo
- Costo beneficio de la intervenciones
- Uso de tecnología, en especial móvil
- Como diseminar soluciones eficaces
- Estrategias de medición de impacto de los proyectos

# ¿Qué pasará?

- Llegará el momento de que las cosas cambien.
- Posiblemente la demanda social será la clave.
- Otro factor: el tiempo.
  - Los Milleneals van llegando y su vocación de transcendencia y compromiso emocional con el trabajo puede ser una de las claves.
- La pregunta es ¿Cuanto más habrá que esperar?

# Una invitación: CLICSS

- Es un consorcio de voluntades. Hoy integrada por miembros de México, Ecuador, Colombia, España, Brasil, Argentina, Chile, Peru y Estados Unidos.
- Una identidad regional que excede países e instituciones.
- Lanzada en la reunión de México 2010
- Hasta ahora focalizado en:
  - Construir relaciones en Iberoamérica.
  - Campañas AN y AB
  - Networking y actividades de relacionamiento
  - COPLAC desde 2018
- Se encuentra en evolución tratando de encontrar formato, misión, actividades y denominación final.

[www.cliccs.org](http://www.cliccs.org)

# Otra invitación: ISQua

- Una **ventana a un mundo** cada vez más integrado
- 30+ años como único conector de voluntades a nivel global
- Reune a la mayor cantidad de expertos y players.
- Como participar
  - Publicaciones (ISQua Journal)
  - Fellowship
  - Convención anual
  - Encuentros regionales (Este es el primero en LAC)
  - Integrar el grupo de miembros latinoamericanas.
  - COPLAC



[www.isqua.org](http://www.isqua.org)

# Un aporte: Comunidad Iberoamericana en Calidad y Seguridad del Paciente

- Plataforma virtual abierta para generar colaboración entre interesados por la calidad y la seguridad.

!La colaboración es el motor de la mejora!

- Todavía hay mucha gente que poner en contacto.
- Los esperamos en Buenos Aires el 12 y 13 de Septiembre

[www.cicsp.org](http://www.cicsp.org)



# Para pensar

- ¿Cómo medir y comunicar el tamaño del problema?
- ¿Cómo generar interés para llevar adelante investigación en las preguntas aun sin respuesta?
- ¿Cómo crear casos de negocio/prioridad para favorecer la implementación?
- ¿Cómo extender la difusión de las soluciones ya conocidas?

*” El conocimiento no es suficiente debemos usarlo. Querer no es suficiente, debemos hacer”*

*Goethe*



*“La marea que crece eleva todos los botes”*

John F Kennedy



**!Muito obrigado!**

**egarciaelorrío@iecs.org.ar**  
**www.iecs.org.ar**

