

Desarrollo de Indicadores de Calidad para la Salud en México

Métodos y manual de proceso

Final 1.0

Mayo de 2017



Este documento elaborado por [NICE International](#) está bajo una [Licencia Internacional Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin Obras Derivadas 4.0](#).

ACERCA DEL PRESENTE DOCUMENTO

Esta guía define los principios fundamentales para la elaboración e implementación de indicadores de calidad basados en evidencias, y describe los procesos y métodos que han de aplicarse en México. Está diseñado como una guía sostenible para ayudar a las autoridades sanitarias autorizadas en México a desarrollar e implementar criterios sólidos y medibles, derivados de orientación con base en evidencias, para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Este manual cubre tanto los métodos técnicos para la elaboración de indicadores, desde la selección de temas hasta la implementación, como los procesos a seguir para aplicar estos métodos de manera consistente y con la participación de los grupos pertinentes. Se proporcionan ejemplos estilizados con referencia a las condiciones de salud seleccionadas, pero han sido modificados para eliminar los datos específicos a un país o programa en particular.

Los métodos para el desarrollo de indicadores de calidad pueden evolucionar con el tiempo, así como las necesidades del contexto mexicano también pueden cambiar, por lo que esta guía se considera un documento 'vivo' o trabajo en progreso. Debe ser revisada de manera periódica por los propietarios finales (el gobierno mexicano) y, cuando sea posible, por parte de los autores. Damos la bienvenida a comentarios constructivos, sugerencias o ejemplos de los usuarios, los cuales ayudarán a mejorar el contenido de este proyecto de documento.

Agradecimientos:

Este manual ha sido elaborado como parte de un proyecto sobre la “Evaluación, Diseño e Implementación del Sistema Nacional de Monitoreo de la Calidad de la Atención”, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (www.iadb.org).

El texto central del manual fue adaptado en parte de fuentes, incluyendo:

- Instituto Nacional para la Salud y el Cuidado de Excelencia (NICE). Guía de Indicadores de Proceso. abril de 2014 (www.nice.org.uk/standards-and-indicators)
- NICE International. Principios para el desarrollo de Normas de Calidad clínicas en países de ingresos bajos y medianos: Guía, Versión 2. junio de 2015
- Otros manuales y guías desarrolladas por NICE International y en virtud de la Iniciativa Internacional de Ayuda a la Toma de Decisiones (www.idsihealth.org), una iniciativa mundial para apoyar a los tomadores de decisiones en la definición de prioridades para la cobertura universal de salud.

Estamos muy agradecidos con todos los colegas que han contribuido al desarrollo de esta guía. Para mayor información, por favor póngase en contacto con: Francis Ruiz (f.ruiz@imperial.ac.uk) o Stephen Campbell (stephen.campbell@manchester.ac.uk)

Al citar este documento:

Secretaría de Salud. Desarrollo de Indicadores de Calidad para la Salud en México: Métodos y manual de proceso. Primera Edición desarrollada por NICE International y la Universidad de Manchester. 2016.

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| ACERCA DEL PRESENTE DOCUMENTO | 1 |
| Glosario de acrónimos y abreviaturas | 4 |
| 1 Introducción | 7 |
| 1.1 ¿Cuáles son los indicadores de calidad en la atención sanitaria? | 7 |
| 1.2 ¿Por qué desarrollar un conjunto básico de indicadores nacionales en México? | 8 |
| 1.3 Indicadores de calidad en el contexto del establecimiento de prioridades, de la evaluación de tecnologías en salud y de los planes de prestaciones de salud | 9 |
| 1.4 Descripción general de las instituciones que participan en el desarrollo e implementación de indicadores de calidad en la atención de la salud en México | 11 |
| 1.5 Definiciones básicas en el diseño de indicadores | 13 |
| 1.5.1 Naturaleza de los indicadores | 13 |
| 1.5.2 Tipos de indicadores | 14 |
| 1.5.3 Especificación de cada indicador | 16 |
| 2 Desarrollo de un conjunto básico nacional de indicadores de calidad en los servicios de salud: visión general 17 | |
| 2.1 Principios clave | 17 |
| 2.2 Componentes de los indicadores de calidad | 18 |
| 2.3 incorporación de incentivos financieros | 18 |
| 2.4 Impacto económico de los indicadores propuestos | 19 |
| 2.4.1 Análisis del impacto presupuestal (o en costos) | 20 |
| 2.4.2 Análisis de la rentabilidad | 20 |
| 2.4.3 Manejo de la incertidumbre y vacíos en los datos | 21 |
| 3 ¿Quién está involucrado en el desarrollo del conjunto básico de indicadores nacionales?..... | 23 |
| 3.1 Desarrollo de indicadores: Ejercicio multidisciplinario y participativo | 23 |
| 3.2 Grupo de Trabajo Estratégico | 25 |
| 3.3 Grupos de Trabajo Técnico | 25 |
| 3.4 Equipo de Soporte Técnico | 26 |
| 4 Proceso de elaboración y aprobación de indicadores de calidad en el servicio de salud | 27 |
| 4.1 Panorama general | 27 |
| 4.2 Convocar a los Grupos de Trabajo y al Equipo de Soporte Técnico (Etapa 1) | 29 |
| 4.3 Selección de área(s) temática(s) para el desarrollo de indicadores (Etapa 2) | 29 |
| 4.3.1 Fuentes de datos para informar a la selección de temas de alto nivel | 32 |
| 4.3.2 Definición del ámbito de aplicación del indicador | 32 |
| 4.4 Operación de los Grupos de Trabajo Estratégico y Técnicos (Etapa 3) | 33 |
| 4.4.1 Declaración de intereses | 33 |
| 4.4.2 Evidencias que debe proporcionar el Equipo de Soporte Técnico | 34 |
| 4.5 Desarrollo de indicadores (Etapa 4) | 35 |
| 4.5.1 Selección de documentos fuente | 37 |
| 4.5.2 Identificación de recomendaciones pertinentes de los documentos de origen | 38 |
| 4.5.3 Priorización de recomendaciones | 38 |
| 4.5.4 Redacción de la indicadores de calidad con base en las recomendaciones | 39 |
| 4.5.5 Definición de inclusiones, exclusiones y criterios de exención | 41 |

| | | |
|--------------------|--|-----------|
| 4.5.6 | Configuración de reglas de negocio para la extracción de datos | 41 |
| 4.6 | Realización de un análisis económico prospectivo (Etapas 5 y 6) | 42 |
| 4.6.1 | Presupuesto (costo) análisis de impacto | 42 |
| 4.6.2 | Análisis de rentabilidad | 43 |
| 4.6.3 | Aplicación en México..... | 46 |
| 4.7 | Consulta con las partes interesadas (Etapa 7) | 47 |
| Comentarios | 48 | |
| 4.8 | Pilotaje de los proyectos de los indicadores (Paso 8) | 50 |
| 4.9 | Aprobación y publicación de los indicadores (Paso 9) | 50 |
| 5 | Preparación de la aplicación y pilotaje de los indicadores | 51 |
| 5.1 | Principios generales de aplicación..... | 51 |
| 5.2 | Planificación de la aplicación | 52 |
| 5.2.1 | Aplicación gradual | 52 |
| 5.3 | Inicio (actividades previas a la ejecución)..... | 53 |
| 5.3.1 | Evaluación de referencia | 53 |
| 5.4 | Pilotaje | 54 |
| 6 | Indicadores de revisión y eliminación | 58 |
| 6.1 | Revisión regular del conjunto de indicadores | 58 |
| 6.2 | Eliminación de indicadores | 58 |
| 7 | Evaluación de impacto | 60 |
| 7.1 | Planificación de la evaluación del impacto | 60 |
| 7.2 | Evaluación del impacto cuantitativo | 60 |
| 7.3 | Evaluación del impacto cualitativo..... | 60 |
| 8 | Revisión de este manual | 62 |
| 9 | APÉNDICES | 1 |
| Apéndice A. | Documentos básicos para los participantes: Principios básicos..... | 1 |
| Apéndice B. | Modelo del formulario de declaración de intereses | 5 |
| Apéndice C. | Ejemplo de evaluación de un posible indicador de calidad | 6 |
| Apéndice D. | Protocolo propuesto para pilotaje del indicador | 8 |

Inserta en el texto

| | |
|--|----|
| Cuadro1-1: Distinción entre guías, indicadores y estándares - ejemplo..... | 13 |
| Cuadro 4-1: Evaluación del indicador propuesto | 40 |
| Cuadro 4-2 Ejemplo resuelto de análisis beneficio neto..... | 47 |
| Cuadro 5-1: Estudio de caso - Indicador de pilotaje en el Reino Unido..... | 55 |

Glosario de acrónimos y abreviaturas

Para las instituciones y los términos de México, esta guía usará el acrónimo o abreviatura utilizados en español (por ejemplo, DGCEs). Para las instituciones y los términos internacionales, utilizamos la abreviatura en inglés (por ejemplo, IADB para el Banco Interamericano de Desarrollo, no BID).

| Acrónimo o abreviatura utilizada | Término (inglés) | Término en español (si es aplicable) |
|---|---|---|
| AIP | Budget impact analysis | <i>Análisis de impacto presupuestario</i> |
| CAUSES | Universal Catalogue of Health Services | <i>Catálogo Universal de Servicios de Salud</i> |
| CBCISS | Basic Table and Catalogue of Health Sector Supplies | <i>Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud</i> |
| CCG | Clinical Commissioning Group (<u>Reino Unido</u>) | |
| CEA | Cost-effectiveness evaluation | <i>Evaluación costo-efectiva</i> |
| CENETEC | National Center for Health Technology Excellence (<u>México</u>) | <i>Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</i> (también conocido como CENETEC-Salud) |
| CNPSS | National Commission for Social Protection in Health (<u>México</u>) | <i>Comisión Nacional de Protección Social en Salud</i> |
| COFEPRIS | Commission for Protection against Sanitary Risks (<u>México</u>) | <i>Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios</i> |
| CONACAS | National Committee for Health Quality (<u>México</u>) | <i>Comité Nacional por la Calidad en Salud</i> |
| CONAVE | National Committee for Epidemiological Surveillance (<u>México</u>) | <i>Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica</i> |
| GPC | Clinical practice guideline | <i>Guías de práctica clínica</i> |
| CQC | Care Quality Commission (<u>Reino Unido</u>) | |
| CSG | General Health Council (<u>México</u>) | <i>Consejo de Salubridad General</i> |
| CURP | Unique Population Registry Code | <i>Clave Única de Registro de Población</i> |
| DGCEs | General Directorate for Quality of Healthcare and Education (<u>México</u>) | <i>Dirección General de Calidad y Educación en Salud – Secretaría de Salud</i> |
| DGE | General Directorate of Epidemiology (<u>México</u>) | <i>Dirección General de Epidemiología – Secretaría de Salud</i> |
| DGED | General Directorate of Performance Evaluation (<u>México</u>) | <i>Dirección General de Evaluación del Desempeño – Secretaría de Salud</i> |
| DGIS | General Directorate of Health Information (<u>México</u>) | <i>Dirección General de Información en Salud – Secretaría de Salud</i> |
| DGTI | General Directorate of Information Technology (<u>México</u>) | <i>Dirección General de Tecnologías de la Información – Secretaría de Salud</i> |
| DH | Department of Health (<u>Reino Unido</u>) | |

| | | |
|--|--|--|
| DIF | National System for Integral Family Development (<u>Mexico</u>) | <i>Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</i> |
| DRG | Diagnostic related group | <i>Grupos relacionados diagnósticos (sic)</i> |
| ECE | Electronic health records | <i>Expediente clínico electrónico</i> |
| Comisión Federal de Regulación de la Atención | Federal Commission for Regulation and Supervision of Health Care Establishments and Services | <i>Comisión Federal para la Regulación y Vigilancia de los Establecimientos y Servicios de Atención Médica</i> |
| FPGC | Catastrophic Health Expenditure Fund | <i>Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos</i> |
| GP | Medicina general / médico general | |
| HCQI | Health Care Quality Indicators | <i>Indicadores de Calidad en la atención a la salud</i> |
| HSCIC | Health and Social Care Information Centre (<u>Reino Unido</u>) | |
| HTA | Health technology assessment | <i>Evaluación de tecnologías en salud</i> |
| IADB | Inter-American Development Bank | <i>Banco Interamericano de Desarrollo (BID)</i> |
| ICD-10 | International Classification of Diseases, Volume 10 | <i>Código Internacional de Enfermedades</i> |
| IMSS | Mexican Institute of Social Security | <i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i> |
| INDICAS | National System of Quality Indicators in Health | <i>Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud</i> |
| ISSFAM | Institute of Social Security for the Mexican Armed Forces | <i>Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas</i> |
| ISSSTE | Institute of Social Security and Services for Government Workers | <i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i> |
| JCI | Joint Commission International (<u>Estados Unidos</u>) | |
| MI | Myocardial infarction | <i>Infarto agudo al miocardio</i> |
| MoU | Memorandum of understanding | <i>Memorandum de entendimiento</i> |
| NCD | Non-communicable disease | <i>Enfermedades no transmitibles</i> |
| NHS | National Health Service (<u>Reino Unido</u>) | |
| NI | NICE International | |
| NICE | National Institute for Health and Care Excellence (<u>Reino Unido</u>) | |
| NOM | | Norma(s) Oficial(es) Mexicana(s) |
| OECD | Organisation for Economic Co-operation and Development | <i>Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)</i> |
| PDSA | Plan-Do-Study-Act | |
| PEMEX | Mexican Petroleums | <i>Petróleos Mexicanos</i> |
| P4P | Pay for performance | <i>Pago por desempeño</i> |
| PGS | General Register of Health | <i>Padrón General de Salud</i> |
| PROM | Patient-reported outcome measure | |

| | | |
|------------------|---|---|
| QALY | Quality-adjusted life year | |
| QOF | Quality and Outcomes Framework (<u>Reino Unido</u>) | |
| QS | Quality standard | |
| SAEH | Automated Hospital Discharge Sub-system | <i>Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios</i> |
| SEDENA | Secretariat of National Defense (<u>Mexico</u>) | <i>Secretaría de la Defensa Nacional</i> |
| SEMAR | Naval Secretariat (<u>Mexico</u>) | <i>Secretaría de Marina</i> |
| SICALIDAD | Integrated Health Quality System | <i>Sistema Integral de Calidad en Salud</i> |
| SINAIS | National Health Information System | <i>Sistema Nacional de Información en Salud</i> |
| SINBA | National System of Basic Information on Health | <i>Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud</i> |
| SINOS | Nominal Health System | <i>Sistema Nominal en Salud</i> |
| SMPG | Medical Security for a New Generation | <i>Seguro Médico para una Nueva Generación</i> |
| SNS | National Health System (<u>Mexico</u>) | <i>Sistema Nacional de Salud</i> |
| SPSS | Social Protection System in Health | <i>Sistema de Protección Social en Salud</i> |
| SS | Ministry of Health (<u>Mexico</u>) | <i>Secretaría de Salud</i> |
| SWG | Strategic working group | <i>Grupo estratégico de trabajo</i> |
| TWG | Technical working group | <i>Grupo técnico de trabajo</i> |
| UAE | Economic Analysis Unit (<u>Mexico</u>) | <i>Unidad de Análisis Económico – Secretaría de Salud</i> |
| UPI | Unique patient identifier | <i>Identificador único de paciente</i> |
| WHO | World Health Organisation | <i>Organización Mundial de Salud</i> |

1 Introducción

Objetivos del capítulo:

- Definir los términos y conceptos esenciales para la implementación de un esquema de indicadores de calidad en la atención sanitaria
- Presentar y sentar los antecedentes del nuevo esquema de indicadores básicos que se propone en México
- Explicar los aspectos de la atención sanitaria que se pueden medir, y los objetivos de los diferentes tipos de indicadores, conforme a las mejores prácticas internacionales
- Describir en términos generales cómo deben formularse y describirse los indicadores

Términos y conceptos clave:

Aplicación en este manual

| | |
|--------------------------------------|---|
| Guías clínicas | <i>Recomendaciones basadas en evidencias sobre la atención clínica de rutina</i> |
| Evaluación de tecnologías sanitarias | <i>Uso de evidencias para informar las decisiones sobre el financiamiento y la planeación de la atención sanitaria, mediante la evaluación de los problemas sociales, económicos, éticos y organizacionales de una intervención sanitaria</i> |
| Indicadores | <i>Aspectos medibles del rendimiento que se pueden utilizar para evaluar la calidad de los servicios de salud</i> |
| Estándar objetivo | <i>Nivel de atención establecido de forma prospectiva que establece el nivel de atención que los proveedores deben cumplir</i> |

1.1 ¿Cuáles son los indicadores de calidad en la atención sanitaria?

Proveedores y financiadores de los servicios de salud en todo el mundo cada vez más reconocen a la medición y seguimiento de la calidad de la atención como un medio para mejorar los servicios de salud y sus resultados (Campbell et al. 2015). La calidad ha sido considerada como una cuestión fundamental de la Cobertura Universal de Salud (UHC) (Kieny 2015). Los países que avanzan hacia la Cobertura Universal de Salud (UHC) están interesados

en la medida en que buscan ofrecer servicios que sean asequibles y equitativos al tiempo que aumentan la calidad de atención que reciben los pacientes (Mate et al. 2013), y en gestionar los desafíos comunes, como el hacinamiento y el uso excesivo de tratamientos inadecuados. Si bien ha habido muchas iniciativas en todo el mundo alrededor de las reformas a los sistemas de financiamiento de la salud y a los sistemas de salud, las preguntas acerca de cómo medir y mejorar la calidad, qué medir, y lo que todo esto significa en la práctica clínica, no han sido investigadas y abordadas lo suficiente por la comunidad mundial de desarrollo. Del mismo modo, el aspecto financiero de las iniciativas de mejora de calidad también es poco discutido, donde la evaluación de tecnologías en salud (HTA, por sus siglas en inglés) y los planes de prestaciones de salud (HBP, por sus siglas en inglés) no siempre abordan la calidad de manera explícita.

Los indicadores se definen, en general, como *“elementos definidos de manera explícita y medibles que actúan como los componentes básicos en la evaluación de la atención”*¹. Son una declaración acerca de la estructura, el proceso (interpersonal o clínico) o los resultados de la atención y se utilizan para su revisión posterior. Ellos:

- se derivan de evidencias de alta calidad y se desarrollan consultando a las partes pertinentes
- proporcionan puntos de referencia explícitos para evaluar el desempeño de la atención real y mejorar la práctica
- informan los mecanismos de pago e incentivos, en el contexto de seguros de salud, los paquetes de prestaciones de salud y los marcos de pago por desempeño
- interactúan estrechamente con otras iniciativas de mejora de la calidad, incluyendo la auditoría clínica.

Los indicadores se pueden utilizar para ayudar a evaluar **el desempeño** de un equipo clínico, una institución sanitaria², y/o sistemas de salud a nivel regional o nacional³. También se pueden utilizar (por separado o en conjunto) no sólo para comparar de manera formal a los proveedores entre sí, sino para impulsar **mejoras a la calidad** en la práctica o a nivel local.

1.2 ¿Por qué desarrollar un conjunto básico de indicadores nacionales en México?

El gobierno de México ya ha puesto en marcha varias iniciativas para crear y utilizar indicadores de calidad para supervisar el desempeño. La Cruzada Nacional por la Calidad se

¹ Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal* 2003; **326**: 816-819

² Por ejemplo, en el Reino Unido las puntuaciones de los QOF para cada médico general están disponibles en línea: <http://gof.hscic.gov.uk/>

³ Por ejemplo, en el Reino Unido el Marco de Resultados del NHS proporciona un juicio de alto nivel sobre el rendimiento del NHS: <http://www.england.nhs.uk/resources/resources-for-cggs/out-frwrk/>

introdujo bajo el Programa Nacional de Salud 2001-2006⁴. INDICAS (*Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud*) fue el sistema de indicadores desarrollado inicialmente como parte de esta iniciativa. Este, junto con SICALIDAD (*Sistema Integral de Calidad en Salud*), introducido posteriormente en 2006-12, ha llevado al desarrollo de un conjunto de 33 indicadores para la atención médica y servicios de enfermería, a través de cinco dimensiones:

- *Dignidad en la atención*
- *Organización de los servicios*
- *Efectividad de la atención*
- *Cuidados de enfermería durante la hospitalización*
- *Infecciones adquiridas en los servicios de salud*

Un objetivo clave para el gobierno mexicano al crear estas iniciativas es apoyar la integración y el uso de indicadores de calidad en las instituciones mexicanas responsables de la provisión y la prestación de servicios de salud. Ya hay varios conjuntos de indicadores de calidad en múltiples instituciones del sector salud mexicano, pero estos no están integrados en términos generales ni son comparables.

Además de desarrollar una base de datos integral del desempeño del sistema de salud organizada en torno a un conjunto de indicadores desarrollado de manera adecuada, que permita realizar un análisis comparativo de las diferentes instituciones, se espera que la integración de estos indicadores también apoyará una mejor toma de decisiones a nivel local, utilizando la información generada para mejorar la práctica.

El gobierno mexicano, con el liderazgo y la coordinación de la *Dirección General de Calidad y Educación en Salud* (DGCES, por sus siglas en español), punto focal del *programa nacional de indicadores*, está comprometido a trabajar con múltiples partes interesadas dentro del sistema para abordar la fragmentación, la ineficiencia y la duplicidad innecesaria en el desarrollo de indicadores de calidad. Este manual establece la forma de desarrollar, implementar y evaluar el impacto de un conjunto básico de indicadores nacionales.

1.3 Indicadores de calidad en el contexto del establecimiento de prioridades, de la evaluación de tecnologías en salud y de los planes de prestaciones de salud

La evaluación de tecnologías en salud (HTA) y el desarrollo de las guías de práctica clínica son elementos importantes para apoyar la priorización efectiva de los servicios de salud, diseñar los planes de prestaciones de salud y mejorar la calidad de la atención.

Se han identificado varios elementos clave que sustentan la utilización de este tipo de productos basados en datos empíricos en la política real⁵. Éstos incluyen tener procesos

⁴ Estudio de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico 2005

⁵ Glassman A et al. Priority-setting institutions in health: recommendations from a center for global development working group. *Glob Heart*. 2012 Mar;7(1):13-34. doi: 10.1016

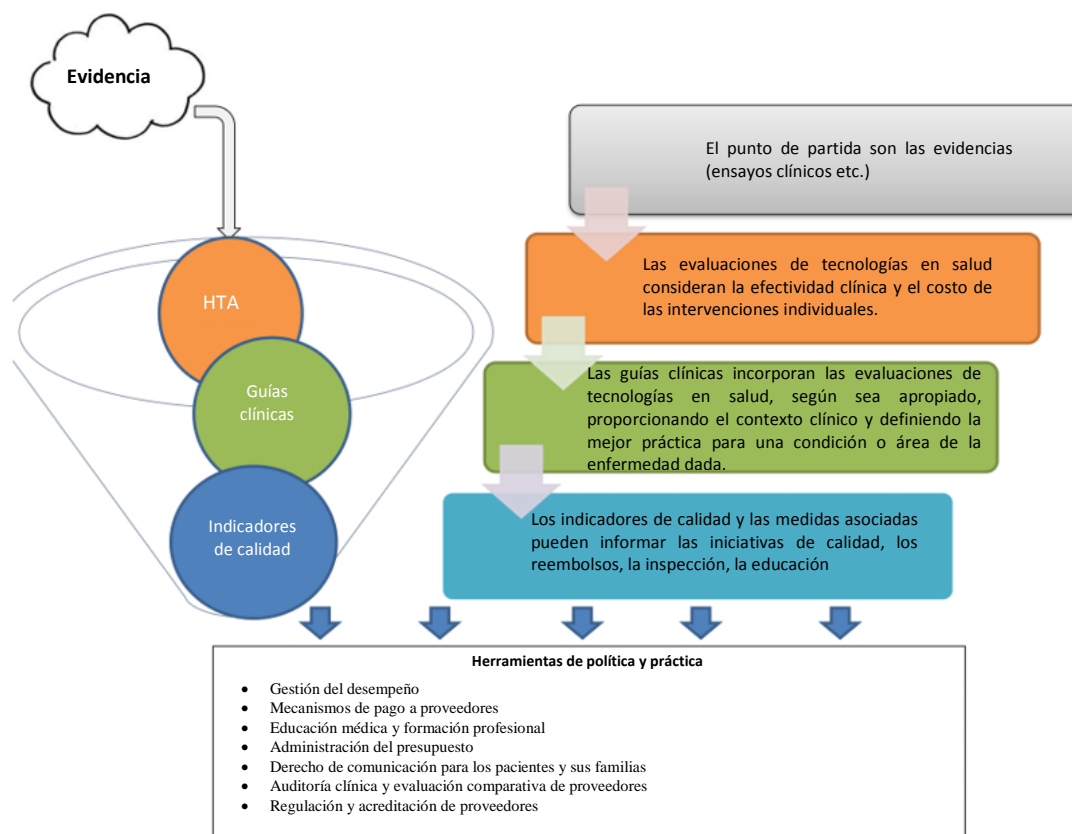
transparentes en el desarrollo de dichos productos, la participación de múltiples grupos de interés y claridad sobre cómo las recomendaciones pueden incluirse en políticas reales y llevarse a la práctica.

Cualquier **estrategia de implementación** (o quizás estrategias) de productos basados en datos empíricos, como los hallazgos de las evaluaciones de tecnologías en salud y la orientación ofrecida por las guías clínicas, implicará necesariamente múltiples elementos. Esto incluirá, por ejemplo, contar con mecanismos eficaces para **inspeccionar y auditar** a los proveedores bajo estándares acordados (informados con evidencias clínicas y de rentabilidad como los que figuran en las evaluaciones de tecnologías en salud y en las guías clínicas). En ese contexto, el desarrollo de indicadores de calidad medibles puede ser una herramienta de apoyo para plasmar e implementar los productos sustentados en evidencias.

Con un enfoque en áreas clave prioritarias dentro de las vías de atención con sustento en datos epidemiológicos y en los puntos de vista de los proveedores y compradores en el sistema, los indicadores de calidad miden en general los resultados que reflejan la calidad de la atención o, más comúnmente, los procesos vinculados con los mejores resultados por las evidencias. Pueden utilizarse para dar seguimiento al desempeño y para vincularse con las recompensas o sanciones. De manera crítica, la base de conocimientos para los indicadores de calidad se derivará de varias fuentes, pero entre ellas serán clave las evaluaciones de tecnologías en salud desarrolladas de manera robusta y, en particular, las guías de práctica clínica, que deben ser informadas y coherentes con las evaluaciones de tecnologías en salud (ver figura 1).

En resumen, el desarrollo de indicadores de buena calidad dependerá de la información proveniente de y de la coordinación efectiva con las evaluaciones de tecnologías en salud, las guías clínicas, y donde sea apropiado, los procesos y resultados del desarrollo del formulario nacional. El diseño de los indicadores individuales también será informado por la experiencia en **la recopilación de información de salud de rutina** y por la **gestión de datos** para ayudar a asegurar, por ejemplo, que las fuentes de datos para cualquier indicador propuesto son factibles y apropiadas. La acción coordinada de diversas instituciones y organizaciones en un sistema de salud apoyará el desarrollo de un enfoque coherente para integrar los datos epidemiológicos y de atención a la salud, la orientación basada en evidencias, las prioridades de las políticas y los indicadores de calidad.

Figura 1: Reflejo de los datos empíricos en políticas y prácticas



1.4 Descripción general de las instituciones que participan en el desarrollo e implementación de indicadores de calidad en la atención de la salud en México

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud trabajará de cerca con muchos profesionales, aseguradores y otras organizaciones del sector público, incluyendo aquellas que representan a los pacientes, los usuarios de los servicios y los prestadores de los servicios. socios clave en el programa nacional de indicadores incluyen la Dirección General de Información en Salud (DGIS), la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), la Dirección General de Tecnologías de la Información, la Dirección General de Epidemiología, el Consejo de Salubridad General, el Seguro Popular, el IMSS, el ISSSTE y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

En México, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, una agencia de la Secretaría de Salud, es responsable de desarrollar las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías nacionales de práctica clínica para que las usen los tomadores de decisiones. Mediante la información basada en datos empíricos que proporciona, se pretende, en última instancia, “aumentar la calidad y la seguridad de los servicios de salud” mientras que al mismo tiempo se mejora la asignación de recursos para que se les dé prioridad a las intervenciones que generen mayor valor. Como parte del desarrollo de un conjunto básico nacional de indicadores de calidad aplicables a todas las instituciones en México, el programa nacional de indicadores liderado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud dependerá en gran parte de la evidencia, proporcionada por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica

en Salud, relacionada con las áreas clínicas prioritarias establecidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Se utilizarán datos y pruebas adicionales de fuentes nacionales e internacionales para llenar cualquier faltante de datos; sin embargo, el objetivo del programa de indicadores es que la orientación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud proporcione, en última instancia, las recomendaciones clave que sustenten la creación de indicadores de calidad. El programa nacional de indicadores también interactuará con el Consejo de Salubridad General (CSG, por sus siglas en español), ya que dicho organismo juega un papel clave en la definición del *Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud* (CBCISS, por sus siglas en español). El trabajo del Consejo de Salubridad General es informado por las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías clínicas y subraya aún más la necesidad de coordinación institucional para asegurar que los indicadores sean consistentes con los datos empíricos subyacentes y con el diseño del paquete de prestaciones.

La Dirección General de Información en Salud y la Dirección General de Evaluación del Desempeño trabajarán con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para desarrollar y probar nuevos indicadores potenciales, desarrollar especificaciones técnicas y reglas de negocio para los nuevos indicadores. Como parte de la iniciativa SINBA (*Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud*), que tiene como objetivo desarrollar un marco tecnológico funcional que apoye la convergencia de los sistemas de información, la Dirección General de Información en Salud es responsable de supervisar el Padrón General de Salud. El Padrón General de Salud representa el primer proyecto importante que se implementará en el SINBA y busca consolidar la información básica (incluyendo la Clave Única del Registro de Población, el nombre y la fecha y lugar de nacimiento) de los inscritos en los diferentes esquemas de seguro médico en una sola base de datos nominal.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud trabajará con la Dirección General de Evaluación del Desempeño, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y el *Seguro Popular* para definir las áreas prioritarias para el desarrollo de indicadores nacionales. Además, también estarán involucrados en el desarrollo y diseño del conjunto básico, con en su experiencia de muchos años desarrollando e implementando indicadores de calidad. Se reconoce que, si bien estas instituciones estarán implementando el conjunto básico de indicadores nacionales y el sistema regulatorio asociado, esto no significa que las instituciones en lo individual deben abandonar sus propios indicadores existentes. Es totalmente razonable que otros organismos desarrollen indicadores que cubran sus necesidades particulares. Sin embargo, esto debe hacerse de una manera que minimice la duplicación y la redundancia, y que no menoscabe en modo alguno el principio de información eficaz y reportes transparentes contra un conjunto único de indicadores básicos de salud desarrollados con apoyo interinstitucional.

1.5 Definiciones básicas en el diseño de indicadores

1.5.1 Naturaleza de los indicadores

Los indicadores de calidad deben distinguirse de las guías y de los estándares y metas (Baker et al⁶, Campbell et al⁷).

Las **guías** son declaraciones diseñadas de manera sistemática para ayudar a los profesionales de manera prospectiva a 'hacer lo correcto' en circunstancias clínicas específicas.

Los **indicadores** son aspectos medibles del desempeño para los cuales existe evidencia o consenso de que lo que se mide se puede utilizar para evaluar la calidad.

Un **estándar objetivo** es el nivel de atención establecido de manera prospectiva que define el nivel de atención que los proveedores deben cumplir.

Cuadro 1-1: Distinción entre guías, indicadores y estándares - ejemplo

Guía: Si la presión arterial del paciente es superior a 160/90, la presión arterial debe medirse nuevamente dos veces en un plazo de tres meses.

Indicador: La proporción de pacientes a los que, después de haber tenido una lectura de presión arterial superior a 160/90, se les haya tomado su presión arterial dos veces o más en los siguientes tres meses.

El numerador de este indicador es el número de pacientes con una presión arterial superior a 160/90 a los que se les haya tomado la presión arterial dos veces o más en los siguientes tres meses.

El denominador de este indicador es el número de pacientes que tienen una presión arterial superior a 160/90.

Objetivo: 90% de los pacientes a los que, después de una lectura de la presión arterial superior a 160/90, se les tome su presión arterial dos veces o más en los siguientes tres meses.

Cuadro: Ejemplos de guías, indicadores y estándares (de Campbell et al 2002)

⁶ Baker R, Fraser R. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. British Medical Journal 1995; 311: 370-373

⁷ Campbell et al 2003 Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ 2003; 326: 816-9.

El ejemplo del Cuadro 1-1 muestra que los indicadores se definen de manera muy específica. Este indicador puede ser refinado todavía más con criterios de inclusión, exclusión y excepción (véase la Sección 1.5.3 más adelante).

Como se discutió en la Sección 1.1 más atrás, los indicadores sólo puede *indicar* la 'verdadera' calidad subyacente del sistema de salud y siempre reflejarán cierta variación aleatoria o no observada. En general, el desempeño anómalo de un indicador debe ser una **razón para investigar más a fondo**, no un juicio definitivo⁸.

1.5.2 Tipos de indicadores

Diferentes tipos de indicadores tienen propósitos diferentes y pueden proporcionar diferentes perspectivas:

- **Indicador de actividad:** mide la frecuencia con la que se produjo un evento, como la vigilancia de la presión arterial.
- **Indicador de desempeño:** dispositivos estadísticos para dar seguimiento a la atención que se le proporciona a la población sin que necesariamente implique algún tipo de inferencia sobre la calidad, por ejemplo, las consecuencias financieras de la vigilancia de la presión arterial.
- **Indicador de calidad:** infiere un juicio sobre la calidad de la atención prestada con base en datos empíricos, por ejemplo control de la presión arterial y de las personas diagnosticadas con diabetes.

Los indicadores de cada uno de estos tipos también pueden medir diferentes aspectos de la atención. Estos aspectos incluyen la **estructura** de atención a la salud, el cuidado real proporcionado (**proceso**), o las consecuencias de la interacción entre los individuos y el sistema de salud (**resultado**)⁹.

⁸ Association of Public Health Observatories and NHS Institute for Innovation and Improvement (2009) The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators

⁹ Campbell SM, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. Social Science & Medicine 2000; 51:1611-1625

Tabla 1: Aspectos de la atención medidos por los indicadores

Extraído de la Guía de Indicadores de Proceso 2014 de NICE¹⁰

| Tipo | Características | Ejemplo |
|-------------------|---|---|
| <i>Estructura</i> | Pueden estar relacionados con las características que permiten que la capacidad del sistema satisfaga las necesidades de atención. | La proporción de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular agudo que pasan el 90% o más de su estancia en una unidad para la atención de accidentes cerebrovasculares agudos. |
| <i>Proceso</i> | Pueden estar relacionados con las acciones o actividades que se realizan. | La proporción de pacientes con fractura de cadera que son sometidos a cirugía el día en que son admitidos, o al día siguiente. |
| <i>Resultado</i> | Pueden estar relacionados con los cambios en el estado de salud o en la calidad de vida de los individuos o poblaciones, pero también pueden referirse a resultados más amplios, como la satisfacción o la experiencia de las personas que utilizan los servicios, cambios en el conocimiento y cambios en el comportamiento. | Tasas de mortalidad en los 12 meses siguientes a la hospitalización por insuficiencia cardíaca. |

En la Tabla 1 se dan ejemplos de cada uno de estos aspectos de atención. Es importante que los organismos que desarrollan los indicadores distingan claramente entre los aspectos de la atención que se miden y comprendan cómo interactúan:

- La estructura es el medio por el que se brinda y se recibe la atención.
- El resultado no es un componente de la atención, sino una consecuencia de la atención.

A nivel de *centros de atención primaria*, a menudo las medidas de proceso son mejores indicadores de la calidad de la atención si el objetivo de la medida es influir en el comportamiento de quienes prestan la atención: los procesos son comunes, bajo el control de profesionales de la salud y pueden modificarse con mayor rapidez. Los indicadores de resultados pueden cubrir una gama de diferentes tipos de resultados. Los cambios en el estado de salud (incluida la mortalidad o morbilidad) o la calidad de vida son los **resultados 'de más alto nivel'** que tienen la relevancia más directa para los objetivos fundamentales de

¹⁰ National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014. Guía de Indicadores de Proceso

(véase: <http://www.nice.org.uk/media/default/Standards-and-indicators/CCG-OIS/Indicators-process-guide-2014.pdf>)

la reforma del sistema de salud, pero pueden ser influidos por una serie de resultados fuera del control de los servicios de salud que se están evaluando, tales como la composición socioeconómica de los pacientes¹¹. Por esta razón, los conjuntos de indicadores a menudo incluyen **resultados a corto plazo**, como infecciones adquiridas en la atención médica o reingresos a urgencias después del alta hospitalaria, y **resultados a mediano plazo**, medidas tales como mejora/empeoramiento de la presión arterial o del nivel de glucosa.

1.5.3 Especificación de cada indicador

Los indicadores se especifican normalmente como un **numerador** y un **denominador** que describen las poblaciones que se incluirán en el indicador, las cuales definen una proporción (numerador/denominador) que se reporta.

Los indicadores también deben especificar una descripción de las **inclusiones, exclusiones y excepciones** de estas poblaciones. Esto se hace de manera más eficaz mediante reglas de negocio para los registros electrónicos (véase la sección 4.5.6 más adelante), aunque en esquemas tales como el Conjunto de Datos e Información sobre la Eficacia del Sistema de Salud de Estados Unidos (HEDIS, por sus siglas en inglés) ha sido posible extraer los datos de los registros en papel.

Tabla 2: Descripción de inclusiones, exclusiones y excepciones

| Inclusiones, exclusiones y excepciones |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">Las inclusiones y exclusiones forman parte de la definición de las poblaciones que se incluirán en el indicador. |
| <ul style="list-style-type: none">Las excepciones¹² se refieren a los pacientes que se encuentran en el registro de enfermedades y que normalmente se incluirían en el denominador del indicador, pero que se eliminan del denominador porque cumplen al menos uno de los criterios de excepción especificados (por ejemplo, una enfermedad terminal). <p>El propósito de permitir excepciones es evitar prácticas que penalicen circunstancias clínicas específicas para cada paciente: los pacientes exceptuados del cálculo de indicadores deben recibir una calidad de atención igual a la que reciben quienes están incluidos. El principio fundamental es que los informes <u>generales</u> de excepciones no son aceptables (por ejemplo, de todos los pacientes con una comorbilidad particular) y deben tomarse decisiones individuales con base en el juicio clínico. No hay un nivel 'ideal' de informes de excepción, aunque los centros de salud con niveles significativamente fuera de los promedios nacionales deben investigarlos¹³.</p> |

¹¹ Iezzoni L. Risk adjustment for performance measurement. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (editors). Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. 2009. New York: Cambridge University Press

¹² Véase también 'Section 5: Exception reporting', in NHS Employers, Guidance for GMS contract 2015/16

¹³ NICE, 2014. Guía de Indicadores de Proceso

2 Desarrollo de un conjunto básico nacional de indicadores de calidad en los servicios de salud: visión general

Objetivos del capítulo:

- Señalar los principios clave para el programa de indicadores básicos de calidad a nivel nacional operado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Describir los componentes y análisis esenciales que deben realizarse para cada indicador del conjunto básico

Términos y conceptos clave:

Aplicación en este manual

| | |
|---|--|
| Análisis del impacto presupuestario/en costos | <i>Estimación de los costos de implementación de los cambios necesarios para alcanzar los niveles de calidad establecidos en los indicadores</i> |
| Análisis de la rentabilidad | <i>Evaluación de si el cambio en la actividad del servicio de salud para cumplir con un indicador 'genera valor'</i> |
| Beneficios monetizados | <i>Valor de las mejoras en la salud (calculados conforme a la valoración de años de vida ajustados por calidad ganados/años de vida ajustados por la discapacidad evitados) asociados con el logro de los niveles objetivo del indicador</i> |
| Análisis de sensibilidad | <i>Estimación del efecto de la incertidumbre, o supuestos alternativos de modelado, sobre el impacto económico de un indicador de calidad</i> |

2.1 Principios clave

El programa nacional de indicadores de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud sigue varios principios estratégicos de alto nivel. Estos incluyen el uso de:

- Una amplia base de datos empíricos
- Independencia en el proceso de desarrollo de indicadores (incluyendo comités asesores independientes)
- Aportes de expertos, pacientes, usuarios de servicios y cuidadores
- Procesos y toma de decisiones transparentes
- Consulta pública
- Difusión e implementación efectiva
- Revisión periódica.

Para que la evaluación del desempeño sea creíble y aceptable, los indicadores seleccionados deben seguir los siguientes principios generales de funcionamiento:

- Con base en la **mejor evidencia disponible** (de manera ideal, una guía nacional del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, basada en evidencias, y la síntesis relacionada que la Dirección General de Calidad y Educación en Salud haga de las recomendaciones del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud);
- El número de **indicadores deben mantenerse en el mínimo** para cada padecimiento clínico, compatible con una evaluación precisa de la atención al paciente;
- Los datos obtenidos de los profesionales deben ser **útiles para la atención al paciente y no representar un obstáculo para obtenerse**. Nunca se obtienen solamente para fines de auditoría y nunca dos veces (es decir, se usan los datos rutinarios del paciente que se encuentran en los registros médicos electrónicos cuando sea posible);
- Los indicadores seleccionados deben cubrir **todos los aspectos relevantes de la calidad** ('dominios'), tal como los define el tomador de decisiones.

2.2 Componentes de los indicadores de calidad

Los componentes esenciales de los indicadores de calidad son los que se detallan en la Sección 1.5.3 anterior:

- **denominador**, describe la población objetivo que se incluye en un indicador
- **numerador**, describe el número de personas en el denominador que tienen la intervención, el tratamiento o el resultado específicos
- descripción de **las inclusiones, exclusiones y excepciones**.

En general, el desarrollo del indicador incluirá definir:

- nombres corto y largo para el indicador
- descripción detallada del indicador, que incluye:
 - una descripción del objetivo del indicador
 - la justificación del indicador
 - mecanismos de reporte
 - enlaces a información adicional
- el análisis de rentabilidad y del impacto en costos¹⁴ (vea más adelante).

2.3 Incorporación de incentivos financieros

Se pretende que algunos indicadores se desarrollen en el futuro para determinar la calidad de la atención y para vincularse con un incentivo financiero para el proveedor. Dichos indicadores tendrían que ser diseñados con cuidado ya que hay mayores riesgos de consecuencias no deseadas (véanse también las secciones 5.4 y 6.2 más adelante). Al igual que con el esquema de indicadores en general, las organizaciones de proveedores y de quienes pagan están interesadas en el proceso de crear incentivos financieros.

¹⁴ NICE 2014. Guía de Indicadores de Proceso

Al considerar un incentivo financiero, las preguntas básicas que determinan la idoneidad de una temática para los indicadores de calidad (véase también la sección 4.5.4 más adelante) son de la mayor importancia para responderse a detalle¹⁵. Si el tratamiento recomendado en un indicador no está sustentado de manera adecuada por pruebas y datos locales, al añadir un elemento de pago por desempeño sólo se corre el riesgo de generar errores e inconsistencias. Cuando los indicadores se utilizan como base para los pagos por calidad, también es necesario que se considere la rentabilidad (véase más adelante y la sección 4.6) de cualquier pago por calidad relacionado. Tenga en cuenta que esto puede considerarse como un ejercicio separado de cualquier evaluación de la relación calidad-precio (si está disponible) que tiene lugar en el desarrollo de una recomendación sobre guías clínicas o de la evaluación de tecnologías en salud correspondiente, cuando éstas representan la evidencia que sustenta al indicador.

Si se deja de utilizar un incentivo financiero, debe continuarse registrando los avances de los centros de salud respecto al indicador de calidad con el fin de dar seguimiento a cualquier posible caída en el desempeño ¹⁶ (véase la sección 6.2 más adelante para más recomendaciones generales sobre el retiro total de un indicador de calidad).

2.4 Impacto económico de los indicadores propuestos

En el uso habitual y de forma realista, no se necesita realizar el análisis económico de la salud para todos los nuevos indicadores de calidad potencial. Se puede suponer, si se sigue el proceso que se encuentra en el capítulo 4 (sección 4.1 y 4.5 más adelante), que las intervenciones y actividades recomendadas dentro de los indicadores de calidad son rentables en sí mismas. Sin embargo, los siguientes factores sugieren que es probable que la evaluación del impacto económico proporciona nueva información valiosa¹⁷:

- Es probable que los **costos y beneficios de cumplir con la meta del indicador** sean medibles
 - *Las temáticas medibles de los indicadores incluyen:* tasas de diagnóstico; puntuaciones de la experiencia del paciente
 - *Las temáticas menos medibles de los indicadores incluyen:* la inclusión de los pacientes en los registros nacionales
- Pueden obtenerse **datos suficientes sobre los costos (y beneficios)**, para el análisis de rentabilidad) para sustentar el análisis económico (sin embargo, véase también la sección 4.6.2.2 sobre la adaptación a datos insuficientes)

¹⁵ Lester, H and Campbell, S. (2010). Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Quality in Primary Care* 2010;**18**:103–9

¹⁶ Guthrie, B and Morales, D. (2014). What happens when pay for performance stops? *British Medical Journal*—Editorials **348**: g1413

Benzer, J. et al. (2014). Sustainability of quality improvement following removal of pay-for-performance incentives. *Journal of General Internal Medicine* 29(1): **127**-32 doi:10.1007/s11606-013-2572-4

¹⁷ NICE (2014) Internal Draft document: Metodología de rentabilidad

- El indicador de calidad es lo suficientemente **diferente a otros indicadores** por lo que no puede utilizarse un análisis económico existente.

2.4.1 **Análisis del impacto presupuestal (o en costos)**

Un indicador (o conjunto de indicadores) propuesto puede acompañarse de un análisis de impacto presupuestario (BIA, por sus siglas en inglés). Esto puede llevarlo a cabo de manera directa la organización que crea el conjunto de indicadores o un tercero encargado (dentro de la Secretaría de Salud/sector público, o por un organismo externo calificado como una unidad académica).

El análisis de impacto presupuestario estima los **costos de implementar los cambios** requeridos para alcanzar niveles de calidad establecidos en los indicadores a nivel nacional y subnacional (incluyendo el nivel local). Este análisis pone de relieve el potencial de ahorro si los centros de salud cumplieran con el indicador estándar objetivo, así como las áreas donde se necesita inversión inicial.

El objetivo general es contribuir a la planeación y ejecución por parte de quienes elaboran las políticas así como por los directores de los hospitales locales. El análisis estaría disponible para ambos grupos. Aunque el análisis de impacto presupuestario nacional podría no utilizar la evidencia de cada unidad o distrito individual que están implementando el indicador de calidad, con el fin de elaborar planes a nivel subnacional, los administradores o responsables pueden capturar los datos locales en una plantilla similar a la utilizada para el indicador nacional básico establecido.

Consulte la Sección 4.6.1 más adelante para obtener mayor información sobre cómo realizar análisis de impacto presupuestario.

2.4.2 **Análisis de la rentabilidad**

El análisis de rentabilidad evalúa **si se genera valor por la cantidad de dinero invertido**¹⁸. Compara los costos y los resultados (efectos) relativos de una intervención, en este caso, la implementación de un indicador de calidad propuesto (también se puede utilizar para evaluar un conjunto de indicadores). Busca identificar los beneficios tangibles que se podrían producir cuando un indicador tiene aparejado un pago por calidad mediante un análisis previo.

Al igual que con el análisis de impacto presupuestario, deben realizarse los análisis de sensibilidad apropiados. Además, se puede aplicar el análisis de rentabilidad cuando se estima el valor monetario de un indicador o conjunto de indicadores una vez implementados, si existen evidencias adicionales sobre los costos incrementales y los beneficios incrementales 'reales'.

El análisis de rentabilidad considera si los costos asociados con un indicador se ven compensados por los beneficios obtenidos por el servicio de salud. La rentabilidad de un

¹⁸ Campbell, S. M., Godman, B., Diogene, E., Fürst, J., Gustafsson, L. L., & Macbride-Stewart, S. (2014). Quality indicators as a tool in improving the introduction of new medicines. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, Jul 22. doi: 10.1111/bcpt.12295.

indicador o un conjunto de indicadores no es lo mismo que su impacto presupuestario, y como se ilustra en la Tabla 3, las dos metodologías son ligeramente diferentes. Sin embargo, los juicios sobre la rentabilidad deben reflejar la restricción presupuestaria apropiada mediante 'umbral' definido de manera adecuada (véase la Sección 4.6). Se ha argumentado que dicho umbral debería basarse en los beneficios sacrificados relacionados con la elección entre prioridades alternativas, es decir, el costo de oportunidad.¹⁹

En la Sección 4.6.2 más adelante hay más información sobre el análisis de rentabilidad. Esta discusión demuestra que aunque el análisis de impacto presupuestario y el análisis de rentabilidad utilizan algunos de los mismos datos, y deben ser complementarios, los objetivos y el enfoque de cada uno son distintos.

Tabla 3: Distinción entre análisis de impacto presupuestario y análisis de rentabilidad

| | Análisis de impacto presupuestario (en costos) | Análisis de la rentabilidad |
|--|--|---|
| Objetivo | Evaluar los costos de implementar los cambios que se requieren para un indicador, para ayudar en la planeación | Sustentar una decisión sobre si un indicador genera valor |
| Tipo de costos utilizados | Costos unitarios (<i>importes pagados por los responsables para las actividades e intervenciones en el sistema de salud</i>) | Costos de referencia (<i>costes económicos globales para el sistema de salud por la implementación de los cambios recomendados</i>) |
| Período de tiempo típico que se refleja | Ciclo de planeación/asignación presupuestaria | Mediano y largo plazo |
| Incluye datos sobre: | | |
| <i>Beneficios (monetizados) para la salud</i> | No | Si |
| <i>Costo de los pagos de incentivos por cumplir con los estándares de los indicadores (si corresponde)</i> | No | Si |
| <i>Ahorros de costos para el sistema de salud como resultado de la prevención de enfermedades</i> | No | Si |

2.4.3 Manejo de la incertidumbre y vacíos en los datos

Cuando existe incertidumbre significativa sobre la posición de la línea de base y el impacto de la implementación o existe la posibilidad de confundir a la gente con respecto al costo de la

¹⁹ Véase: http://www.idsihealth.org/knowledge_base/cost-effectiveness-thresholds/

implementación, puede ser apropiado para poner de relieve los problemas pero no para cuantificar el impacto. Deben presentarse evidencias sobre las recomendaciones que no se puedan cuantificar, pero que los equipos técnicos consideran que es probable que tengan un impacto en los costos o ahorros, a los grupos de trabajo encargados de elaborar los indicadores.

Incluso cuando hay datos suficientes para hacer una estimación, siempre habrá incertidumbre sobre el efecto de la intervención en el servicio de salud a través del tiempo. Cada estimación de impacto en costos debería ser objeto de **análisis de sensibilidad**, donde se varíen los datos del modelo en intervalos probables. Al reunir los datos, deben capturarse los valores mínimo y máximo probables de cada variable²⁰. Entonces, el análisis de sensibilidad unilateral muestra cuánto varía (en términos absolutos o porcentuales) la estimación general cuando se permite que cada dato fluctúe. En un sistema maduro de indicadores, para los datos que afecten de manera significativa el resultado del análisis de impacto presupuestario/de rentabilidad, los administradores y responsables locales deben investigar si su unidad o región tiene valores suficientemente diferentes como para requerir un análisis local secundario.

El análisis de sensibilidad también se puede utilizar para examinar el impacto de supuestos alternativos del modelo, por ejemplo, que la actividad se realice en pacientes externos como en el día a día.

²⁰ NICE (2015) Draft: Assessing resource impact methods guide

3 ¿Quién está involucrado en el desarrollo del conjunto básico de indicadores nacionales?

Objetivos del capítulo:

- Profundizar en la necesidad de colaboración interinstitucional en el desarrollo de indicadores
- Describir las funciones y responsabilidades de los principales grupos interesados en el proceso de desarrollo de indicadores
- Delinear las habilidades necesarias para la Secretaría

Términos y conceptos clave:

Aplicación en este manual

| | |
|-------------------------------|--|
| <i>Declaración de interés</i> | <i>Registro formal, por cada individuo que participa en el desarrollo de indicadores, de cualquier interés comercial o financiero que pueda afectar su objetividad</i> |
| <i>Secretaría</i> | <i>El equipo responsable de organizar los datos administrativos, clínicos, técnicos y sobre las políticas para el desarrollo del conjunto básico de indicadores nacionales</i> |

3.1 Desarrollo de indicadores: Ejercicio multidisciplinario y participativo

Varios grupos contribuyen al desarrollo de un indicador o conjunto de indicadores, cada uno con distintas áreas de responsabilidad. En conjunto, estos grupos combinan la participación inclusiva de datos clínicos, técnicos, administrativos y sobre las políticas que son necesarios para el esquema de indicadores. La tabla 4 muestra los diferentes grupos, sus responsabilidades y cómo interactúan.

Tabla 4: Grupos involucrados en el desarrollo de indicadores de calidad y responsabilidades principales

| Grupo y composición | Responsabilidades |
|--|--|
| Grupo de Trabajo Estratégico , un comité de toma de decisiones convocado por un órgano normativo/regulatorio/contribuyente (como la Secretaría de Salud, otras autoridades pertinentes/agencias independientes, incluyendo el IMSS, el ISSSTE). | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las condiciones prioritarias para el desarrollo de indicadores • Supervisar y orientar el trabajo de los grupos de trabajo técnico • Aprobar o ratificar los indicadores desarrollados por los grupos de trabajo técnico • Supervisar y regular la implementación de los indicadores |

| | |
|--|---|
| <p>Grupos de Trabajo Técnico para desarrollar los indicadores en áreas temáticas específicas, dirigidos por una presidente y que incluyen expertos (médicos, enfermeras y profesionales de otras áreas relacionadas con la salud), químicos farmacéuticos, gerentes de hospitales, así como un equipo de soporte técnico (véase más adelante).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar fuentes de orientación clínica relevantes para los indicadores • Discutir y elegir las recomendaciones clínicas que se incluirán • Elaborar el proyecto de indicadores y presentarlo al Grupo de Trabajo Estratégico • Dirigir el proceso de consulta y responder a los comentarios a las consultas • Definir las normas y requisitos de extracción de datos de todas las instituciones de salud para cada indicador acordado |
| <p>Equipos de soporte técnico en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (y potencialmente con el personal de la Dirección General de Información en Salud, de la Dirección General de Evaluación del Desempeño, de la Unidad de Análisis Económico y del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) produce los antecedentes técnicos y análisis para los Grupos de Trabajo Técnico. Pueden incluir especialistas en: epidemiología, salud pública, medicina basada en datos empíricos, economía de la salud, contabilidad, auditoría clínica, implementación; junto con los directores de proyectos y personal administrativo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo técnico y administrativo a los Grupos de Trabajo • Realizar análisis de datos epidemiológicos y de rutina, presentar los resultados al entorno de Grupos de Trabajo Estratégico/Técnico • Evaluar la calidad de la orientación clínica para los indicadores • Preparar las reuniones y los documentos para el Grupo de Trabajo • Realizar análisis/evaluaciones de impacto presupuestario. • Supervisar el ensayo/prueba de los indicadores dentro de los sistemas de información de salud de cada institución, para asegurar que los datos se reporten de manera precisa y consistente |
| <p>Otras partes interesadas quienes pueden ofrecer sus aportaciones mediante consulta (pero no participar en los comités o grupos de trabajo). Éstas pueden incluir profesionales de la salud, grupos de pacientes y otros miembros de la sociedad civil.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los indicadores acordados por los Grupos de Trabajo • Respaldar y difundir los indicadores (por ejemplo, a través de eventos o publicaciones realizadas por las organizaciones de profesionales) |

La relación entre los diferentes grupos participantes se muestra en Figura 2²¹. En general, cualquier modelo de desarrollo de indicadores y herramientas relacionadas requiere una **estrecha relación de trabajo** entre los tomadores de decisiones al nivel de políticas y un

²¹ Este es sólo un posible modelo para el desarrollo de herramientas para aplicar las evidencias en la práctica, adaptado de enfoques exitosos que NICE International ha apoyado en varias condiciones.

equipo de asesores que cuenten con los recursos necesarios y experiencia técnica y administrativa pertinente.

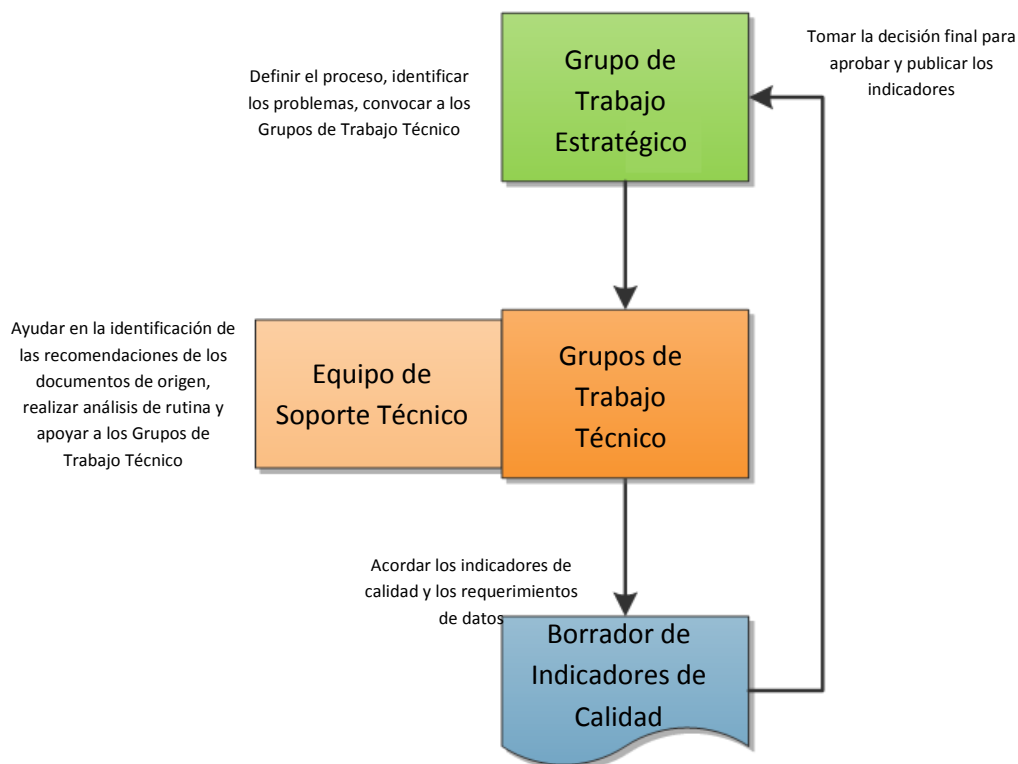


Figura 2: Vínculos entre los diferentes grupos que participan en el desarrollo de indicadores

3.2 Grupo de Trabajo Estratégico

La implementación de las iniciativas de mejora de la calidad, incluyendo el conjunto de indicadores básicos, tiene implicaciones para los proveedores en México, responsables de los servicios de planeación y financiamiento de la salud, y el papel de la *Secretaría de Salud* para establecer mecanismos de regulación.

El Gobierno de México establecerá un mecanismo permanente dedicado a establecer áreas temáticas prioritarias de alto nivel y para dirigir el trabajo de los grupos técnicos. Esta dirección incluirá aprobar los indicadores publicados, supervisar su aplicación y medir el desempeño.

3.3 Grupos de Trabajo Técnico

Los Grupos de Trabajo Técnico revisarán y desarrollarán indicadores 'básicos' para padecimientos prioritarios seleccionados, alineados con las guías de práctica clínica cuando sea posible. Cada grupo tendrá algunos miembros reclutados para un tema clínico o indicador específico.

3.4 Equipo de Soporte Técnico

El Equipo de Soporte Técnico preparará y presentará informes técnicos que informarán a los Grupos de Trabajo en sus decisiones durante el desarrollo de los indicadores. Se considera que el Equipo de Soporte Técnico es un elemento de apoyo del Grupo de Trabajo Técnico y debe participar en todas las reuniones y discusiones del Grupo de Trabajo. El equipo debe trabajar en descripciones de puesto que especifiquen sus responsabilidades y tareas tal como se indica en la Tabla 4, y en cualesquiera Términos de Referencia (TOR, por sus siglas en inglés) relacionados. La participación en los Grupos de Trabajo y en el Equipo de Soporte Técnico también debe incluir una declaración formal de intereses (véase la sección 4.4.1).

Idealmente, este equipo incluiría varias habilidades técnicas como:

- medicina basada en datos empíricos, incluyendo la evaluación, el desarrollo o la adaptación de guías clínicas
- economía de la salud, incluyendo el análisis de rentabilidad y el análisis de impacto presupuestario
- auditoría clínica
- mejora de la calidad y ejecución
- evaluación de impactos
- habilidades administrativas, incluyendo la gestión de proyectos y el apoyo logístico.

4 Proceso de elaboración y aprobación de indicadores de calidad en el servicio de salud

| | |
|---|--|
| Objetivos del capítulo: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Indicar las etapas clave del proceso que intervienen en el desarrollo del conjunto básico de indicadores nacionales • Exponer los métodos clave que han de aplicarse en cada etapa | |
| Términos y conceptos clave: | |
| <u>Aplicación en este manual</u> | |
| Reglas del negocio | <i>Algoritmos que indican el denominador y el numerador para cada indicador y los datos que se necesitan obtener</i> |
| Priorización | <i>Evaluación de posibles indicadores o temáticas respecto a un conjunto estándar de criterios para determinar hasta qué punto se cumplen los objetivos estratégicos</i> |
| Umbral de rentabilidad | <i>El punto (o intervalo) donde se considera que una actividad de atención de la salud o un indicador de calidad 'genera valor'</i> |

Esta sección del manual se centra en los procesos y métodos detallados para desarrollar el conjunto básico de indicadores nacionales para asegurar la calidad y consistencia. Esto incluye las evidencias clínicas y económicas que sustentan las recomendaciones, así como los procesos de toma de decisiones.

Es importante tener procesos y metodología estandarizados y transparentes por dos razones: en primer lugar, permite que equipos de soporte técnico múltiples o sucesivos trabajen en un marco común y coherente. En segundo lugar, facilitan la participación adecuada de las partes interesadas. Indicarán claramente las oportunidades para que las partes interesadas participen y el calendario a seguir por todas las partes, y deben ser respetados por todas las partes.

4.1 Panorama general

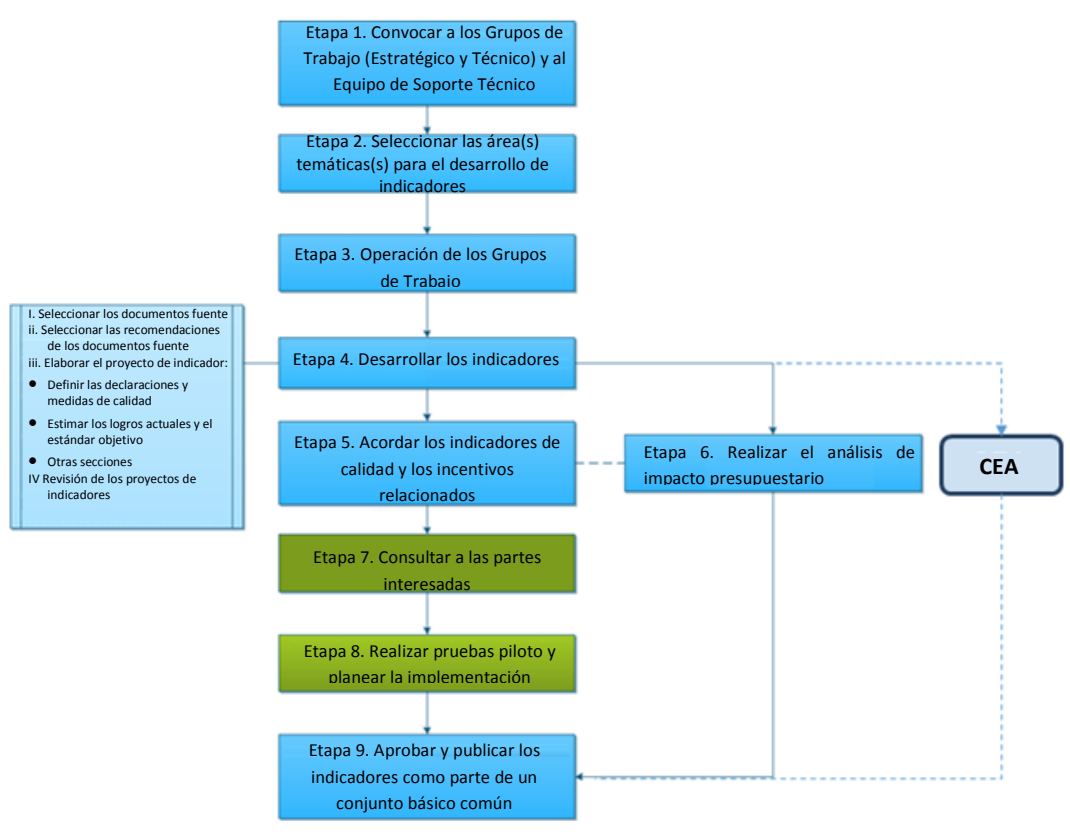
Desarrollar y aprobar un conjunto de indicadores requiere varias actividades distintas pero interrelacionadas, con la participación de varias partes. Se puede considerar como un proceso iterativo, en particular para el Grupo de Trabajo Técnico que participará en varias reuniones para tomar decisiones importantes sobre el(los) tema(s) y los indicadores, donde el Equipo de Soporte Técnica realiza trabajos técnicos y administrativos de fondo entre las reuniones. A lo largo del proceso, el Equipo de Soporte Técnico trabajará de manera estrecha con miembros

clave del Grupo de Trabajo (en especial con su presidente). La Figura 3 muestra una visión general de todo el proceso. Los plazos pueden variar, pero por lo general no deben durar más de 6-12 meses.

El desarrollo de indicadores y otras herramientas para mejorar la calidad también es iterativo en el sentido de que inicia con el contexto general de todo el sistema de salud y de todas las condiciones de salud posibles que podrían cubrirse; a través de la selección de temas para centrarse en un tema clínico, que posteriormente se divide en diversas áreas clínicas, cada una de las cuales sea cubierta por varias guías clínicas relevantes con varias recomendaciones, las cuales tendrán que refinarse aún más, y así sucesivamente. En cada iteración, hay un proceso de priorización y deliberación. Idealmente, todo esto da como resultado un producto final que contiene indicadores y medidas de calidad detalladas y específicas que se implementarán en la práctica clínica.

Figura 3: Proceso de elaboración y aprobación de indicadores en el conjunto básico

CEA - Análisis de rentabilidad



4.2 Convocar a los Grupos de Trabajo y al Equipo de Soporte Técnico (Etapa 1)

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud, como órgano rector del programa de indicadores, se reunirá con los Grupos de Trabajo interinstitucionales y con los Equipos de Soporte Técnico. Como se detalla en el capítulo 3 anterior, el Grupo de Trabajo Estratégico acordará el proceso y los métodos, elegirá el área temática para el desarrollo de indicadores, aprobará los conjuntos de indicadores, supervisará y dirigirá la implementación.

También se reclutará un Equipo de Soporte Técnico con el asesoramiento del Grupo de Trabajo Estratégico, para comenzar a realizar los trabajos técnicos y administrativos iniciales para elegir las temáticas para los indicadores de calidad (véase sección 3.4 más atrás).

Además de definir los procedimientos (véase Etapa 4), es importante que los Grupos de Trabajo lleguen a una declaración de principios comunes. Ésta sería una declaración de aplicación general que resume los valores rectores de alto nivel detrás del esquema de indicadores. Tales declaraciones (en el Apéndice A hay un ejemplo) son útiles tanto durante las primeras etapas del conjunto básico común como en esquemas más maduros cuando se recluta nuevo personal y se necesita que se familiaricen con los principios.

4.3 Selección de área(s) temática(s) para el desarrollo de indicadores (Etapa 2)

Los temas para el desarrollo de indicadores serán determinados mediante un proceso transparente dirigido por el gobierno mexicano. A lo largo de las diferentes etapas de

desarrollo de los indicadores, la priorización es importante para maximizar el impacto del conjunto final (véase la Figura 4). Esto puede significar centrarse en áreas particulares que cuenten con evidencias o consenso sobre:

- alta carga de la enfermedad
- impacto presupuestario alto y problemas relacionados de contención/aumento de costos para los contribuyentes; o pagos altos del bolsillo de los pacientes y su empobrecimiento relacionado
- baja calidad actual, atención ineficaz o muy variable, sobre todo en lo que respecta a la seguridad del paciente, la eficacia clínica y la experiencia del paciente
- importantes variaciones regionales en la práctica clínica, el acceso a los servicios o los resultados para la salud (especialmente en aspectos de la atención que no se ofrecen o no son considerados ampliamente como una práctica estándar, pero son factibles)
- otras consideraciones éticas y sociales importantes, por ejemplo a favor de determinados grupos de población desfavorecidos o marginados
- probabilidad de que los cambios en la práctica serán aplicables y de que se alcanzará la mejora de la calidad.

Figura 4: Diferentes subetapas involucradas en la priorización de temas para el desarrollo de indicadores, conforme a los principios de eficiencia, eficacia y equidad



La gama y los tipos de indicadores que se utilizan se pueden estructurar para reflejar los objetivos estratégicos de los tomadores de decisiones responsables de administrar el sistema de salud (por ejemplo, como en el Modelo de Gestión de Calidad de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud). En general, los procesos y métodos para el desarrollo de indicadores son los mismos en todas las condiciones y eventos clínicos. Sin embargo, hay consideraciones específicas respecto al curso de las enfermedades y el tratamiento de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, que las partes que desarrollan los indicadores deben considerar. A menudo la diabetes es referida como una 'padecimiento indicador' para evaluar el desempeño del sistema de salud ya que los resultados en la salud dependen de una atención bien organizada que abarca la atención primaria (médicos generales/médicos familiares), atención médica especializada y personal auxiliar, como los nutriólogos²². Por lo tanto y de manera ideal, los indicadores desarrollados cubrirán cada uno

²² McKee M, Nolte E. Chronic care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (eds.). Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. 2009. New York: Cambridge University Press

de estos niveles del sistema de salud e incluirán la prevención, el tratamiento y la administración de la atención.

La información longitudinal es esencial para seguir el curso de la enfermedad y de los procesos de atención proporcionados, para evaluar el desempeño y la calidad de los servicios de salud. Debido al largo curso de la enfermedad esperado, en especial para las enfermedades no transmisibles, es más probable que indicadores de resultados intermedios sean más valioso que los resultados finales, aunque las tasas de ceguera o amputación entre las personas con diabetes se han identificado como un indicador de fallas en el desempeño (pese a que el origen de estas deficiencias no pueda identificarse específicamente)²³.

4.3.1 Fuentes de datos para informar a la selección de temas de alto nivel

Los datos locales y la experiencia de los expertos deben guiar el proceso de selección de temas cuando sea posible, incluyendo la referencia a los estudios epidemiológicos específicos de cada país, incluyendo las encuestas de hogares. Deben emplearse datos básicos epidemiológicos locales (tendencias de mortalidad y morbilidad) y otros resultados, así como los datos de rutina provenientes de los sistemas de información habituales, de auditorías y los comentarios recogidos por las autoridades de la Secretaría de Salud u organismos del seguro de salud, hospitales, organizaciones no gubernamentales u otras organizaciones competentes en el país.

Los datos también pueden provenir de informes mundiales sobre la importante carga de las enfermedades de organismos internacionales, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades.

El Equipo de Soporte Técnico recopilará y analizará los datos, resumiéndolos en informes que serán presentados al Grupo de Trabajo Estratégico para su discusión. Esto puede llevarse a cabo a través de una reunión o taller para identificar una o dos áreas prioritarias clave que puedan satisfacer los criterios de priorización enumerados anteriormente.

4.3.2 Definición del ámbito de aplicación del indicador

Como parte del proceso de selección de temas, puede ser útil para el Grupo de Trabajo Estratégico (con el apoyo del Equipo de Soporte Técnico) elaborar y acordar el ámbito de aplicación de los indicadores previstos. El ámbito de aplicación proporcionará una dirección sobre lo que el indicador, o indicadores, cubrirá o no cubrirá específicamente dentro de la amplia esfera del tema clínico seleccionado. Esto proporcionará una orientación clara al Grupo de Trabajo Técnico para elaborar el indicador y para garantizar que el producto final se centrará y estará adaptado a las necesidades específicas del sistema de salud mexicano. El

²³ Armesto S, Labetra M, Wei L, Kelley E. *Health care quality indicators project. 2006 data collection update report.* 2007. Paris: OECD

ámbito de aplicación también puede incluir indicadores ya existentes que sean objeto de revisión.

Por ejemplo, si el cuidado de la diabetes es identificado por el Grupo de Trabajo Estratégico como un tema clínico prioritario para el desarrollo de indicadores, no será necesario decidir sobre si el ámbito de aplicación inicial se limitará a la atención hospitalaria de agravamientos agudos o también incluirá servicios de atención primaria; y también si se cubrirán la prevención, la gestión habitual y el tratamiento después del empeoramiento.

Un ámbito de aplicación formal y bien definido ayudará a establecer expectativas claras sobre la dimensión del trabajo, reducirá la probabilidad de desacuerdos durante el desarrollo de los indicadores, reducirá al mínimo el trabajo técnico necesario para buscar y manejar documentos fuente y recomendaciones irrelevantes, y asegurará que los indicadores sean lo suficientemente válidos y factibles, y que se desarrollen en el plazo y con los recursos disponibles.

4.4 Operación de los Grupos de Trabajo Estratégico y Técnicos (Etapa 3)

Los Grupos de Trabajo Estratégico y Técnicos tendrán miembros de largo plazo que incluyen un Presidente y representantes técnicamente competentes provenientes de las instituciones acordadas. Estos pueden ser nombrados de manera indefinida o por una duración determinada. Los Grupos de Trabajo Técnicos también incluirán miembros temporales que tengan experiencia en el tema clínico (ya sea experiencia clínica, técnica o de políticas por sus actividades diarias). Todos estos miembros deben ser reclutados por la *Secretaría de Salud* para desarrollar los indicadores básicos iniciales dentro de cada área prioritaria.

Los Grupos de Trabajo tendrán reglamentos generales adecuados para los órganos que regulan el sector salud en México²⁴, incluyendo regulaciones generales sobre cuestiones tales como:

- Elegibilidad para ser miembro
- Quórum
- Proceso de toma de decisiones (por ejemplo: ¿por consenso o votación?)
- Confidencialidad del contenido de las reuniones
- Disposiciones provisiones para observadores externos y miembros del público

4.4.1 Declaración de intereses

Todos los miembros del Grupo de Trabajo deben declarar cualquier interés que puedan tener cuando participen en el desarrollo de indicadores, incluyendo el financiamiento proveniente de, el empleo en o la propiedad de acciones de empresas que participen en la industria

²⁴ Por ejemplo, los Términos de Referencia y los Reglamentos Generales para Comité Asesor sobre Indicadores de NICE están disponibles en: <https://www.nice.org.uk/media/default/Get-involved/Meetings-In-Public/indicator-advisory-committee/ioc-standing-orders-and-terms-of-reference.pdf> (noviembre de 2014)

relacionada con la salud (incluyendo compañías farmacéuticas, proveedores de servicios de salud privados y compañías de seguros). Una declaración de intereses, abierta y de aplicación general, ayuda a evitar la preocupación del público respecto a que la industria relacionada con la salud u otros intereses podrían influir de manera indebida en los conjuntos de indicadores²⁵. El sector de salud privado juega un papel importante en muchos países, entre ellos México, y se espera que sea un usuario final del conjunto de indicadores *en el futuro*. También les permite a los propietarios del conjunto de indicadores obtener experiencia de varias personas en todo el sector salud, mientras que gestionan los conflictos que surgen como consecuencia de ello.

Declarar un interés no excluye necesariamente a alguien para ser miembro del Grupo de Trabajo, pero se le puede solicitar a dicha persona que salga de la habitación en determinados momentos de una reunión en la que exista un importante conflicto de intereses. Si el interés de una persona es tan importante que podría afectar su objetividad durante el desarrollo de un indicador, es poco probable que se le invite a unirse al grupo. En el Apéndice B se puede encontrar un formulario de declaración de intereses.

4.4.2 Evidencias que debe proporcionar el Equipo de Soporte Técnico

El Equipo de Soporte Técnico (véase la Tabla 4 para conocer las responsabilidades plenas) será la principal fuente de evidencias a lo largo del proceso de desarrollo de los indicadores, tal como se sintetizan a partir de la literatura y de las fuentes de datos nacionales.

Tabla 5: Evidencia típica que debe utilizarse en el desarrollo de indicadores

| Documento/evidencia | Contenido |
|--|---|
| Informes iniciales para padecimientos prioritarios | <ul style="list-style-type: none">• Información general breve de las características clínicas• Prevalencia en México y estimaciones sobre el uso de los servicios de salud (si se conoce)• Estimaciones del impacto de los recursos (si se conoce)• Indicadores o guías existentes en México• Puntos de discusión: evaluación sobre la factibilidad de los indicadores de calidad (<i>con referencia a los principios básicos para los esquemas de indicadores de calidad, por ejemplo, la Sección 2.1 más atrás</i>) |

²⁵ Una discusión útil de las cuestiones más detalladas detrás de la declaración de intereses, incluyendo un ejemplo del proceso de toma de decisiones para gestionar las declaraciones y los conflictos de interés se encuentra disponible en la Organización Mundial de la Salud.

'Declaration and management of interests'. In: World Health Organization. Handbook for guideline development. 2014. Geneva: WHO. Véase:

http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos del sistema de datos clínicos que utilizan indicadores de calidad |
| Síntesis de recomendaciones pertinentes existentes | Véase la <i>sección 4.5.2 para mayor información.</i> |
| Evaluación prospectiva del impacto (incluyendo el análisis económico, si es posible) de los indicadores propuestos | Véase la <i>sección 2.4.1 (análisis de impacto de costos) o 4.6 (análisis económico) para mayor información.</i> |
| Informes de las pruebas piloto y auditoría de rutina | Véase la <i>sección 5.4 para mayor información.</i> |

Un área importante para que las organizaciones responsables de crear el conjunto de indicadores básicos consideren y comuniquen, es el posible impacto sobre la implementación. Se trata de los requisitos generales en el sector salud para afrontar con éxito el estándar objetivo del indicador. Un elemento importante de esta evaluación será el análisis del impacto presupuestario (Sección 2.4.1 anterior), sin embargo los propietarios del conjunto de indicadores básicos deben ser conscientes de los requisitos de planeación más amplios con el fin de comunicarse de manera efectiva con los gerentes de los centros de salud y con otras partes interesadas. Estos incluyen (lista no exhaustiva en la Tabla 6) el tiempo necesario para preparar la implementación y los enlaces con las partes interesadas fuera de los establecimientos de salud, tales como centros de capacitación y sindicatos.

Tabla 6: Factores de impacto potenciales en el sector salud

| Tipo de impacto | Ejemplos |
|--------------------------|--|
| Finanzas | <ul style="list-style-type: none"> • Costos iniciales de ofrecer un nuevo tratamiento, que incluye atender a pacientes no atendidos • Costos recurrentes (por ejemplo, anuales) |
| Fuerza laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Requisitos adicionales para una especialidad o grupo de trabajadores de la salud en particular: por ejemplo, enfermeras que proporcionan cuidados paliativos |
| Infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de tecnologías de la información • Instalaciones físicas • (Equipo) |
| Capacitación y educación | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación por única vez o de rutina, por ejemplo, en un nuevo procedimiento • Actualizaciones al programa de educación médica |

4.5 Desarrollo de indicadores (Etapa 4)

Esto se llevará a cabo en varias etapas, lo que requiere la colaboración regular de los Grupos de Trabajo Técnicos, consultas con partes interesadas expertas y aportaciones del Grupo de

Trabajo Estratégico para la aprobación del producto final. El Equipo de Soporte Técnico ayudará con la gestión de la reunión y la preparación de informes/documentos para el grupo.

Los indicadores de calidad se han desarrollado de maneras diferentes. Una de ellas es que las personas se sientan alrededor de una mesa y dan sugerencias, por lo general con base en información fácilmente disponible. Este enfoque tiene la ventaja de la simplicidad, pero la desventaja de que los indicadores pueden no ser medidas válidas de calidad. Por ejemplo, en el Reino Unido, los Fideicomisos de Atención Primaria (y sus predecesores) a menudo se centraron en las tasas de remisión al hospital como medida de la calidad, cuando hay evidencia limitada que sugiera una relación **consistente** entre las tasas de remisión y la calidad de la atención.

Un segundo enfoque consiste en basar los indicadores en evidencias publicadas sobre la eficacia de los ensayos controlados aleatorios, indicadores de calidad 'basados en evidencias'. Es importante entender lo que hay detrás de esta noción. El enfoque basado en evidencias tiene la ventaja de producir indicadores rigurosos y científicamente aceptables, pero puede centrarse en una parte muy limitada de la atención primaria. Gran parte de lo que se consideran como cuidados de buena calidad en la atención primaria y comunitaria no tienen (y probablemente nunca la tendrán) evidencia experimental para sustentarlos. En segundo lugar, los médicos generales (médicos que brindan atención primaria) a menudo cuestionan la aplicabilidad en los pacientes individuales de las pruebas derivadas de ensayos científicos sobre poblaciones seleccionadas, tal vez ni siquiera incluyendo a pacientes atendidos en la atención primaria.

Pueden utilizarse diferentes tipos de pruebas en la construcción de indicadores, y hay maneras formales de combinar las evidencias con el consenso profesional, incluyendo conferencias de consenso y técnicas Delphi²⁶. Estos pueden empezar desde las guías clínicas existentes, que por lo general se basan parcialmente en evidencias y parcialmente en el consenso profesional informal.

Un método formal para combinar las evidencias con la opinión de profesiones es el método de idoneidad de RAND/UCLA²⁷, que se ha utilizado ampliamente en los EE.UU. y cada vez más en el Reino Unido. En este método, se le presenta a un panel un resumen de las evidencias sobre el tema y se le pide que evalúe un gran número de indicadores candidatos, por lo general en términos de si se trata de medidas de calidad válidas, si son claros y si son factibles para recopilar los datos. Las puntuaciones se les informan a los miembros del panel para que puedan ver cuáles fueron y también cuál fue la puntuación media de cada indicador para todo el grupo. Entonces, los miembros del panel vuelven a calificar los indicadores (algunos de los

²⁶ Campbell et al 2003 Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.

²⁷ Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosekoff J, Park RE,. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1986; 2: 53-63

cuales pueden haber sido modificados para hacerlos más claros). Esto se hace mejor después de una discusión cara a cara, pero se puede hacer mediante correo o comunicación en línea.

4.5.1 Selección de documentos fuente

Las guías clínicas basadas en evidencias son la base sobre la que se construye el indicador. Éstas pueden ser guías clínicas producidas a nivel internacional, incluyendo las de programas de guías nacionales de renombre, sociedades profesionales o programas de gobiernos nacionales. Para las guías internacionales, existen bases de datos dedicadas sobre guías, tales como el Centro Nacional de Información de Guías de Estados Unidos (<http://www.guideline.gov/>).

En el caso del programa de indicadores de nacionalidad mexicana, una fuente clave de guías clínicas basadas en evidencias serán las desarrolladas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Hasta la fecha las guías del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud deben ser el punto de partida de cualquier búsqueda de evidencias pertinentes, aunque hay que reconocer que actualmente las guías del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud pueden no cubrir todas las áreas prioritarias de interés para quienes desarrollan los indicadores, o resaltar recomendaciones claves de las guías que pueden servir de base para elaborar los indicadores. En esas circunstancias, puede ser necesario tomar en cuenta otras guías clínicas, incluyendo las que se desarrollan fuera de México. Un desafío clave al considerar fuentes de evidencias extranjeras es su relevancia para el contexto mexicano. Con el tiempo, a través de una mayor colaboración interinstitucional, se espera que haya una mejor coordinación entre el establecimiento de temas prioritarios, el desarrollo de guías y la creación de indicadores. Sin embargo puede que nunca sea posible eliminar completamente la necesidad de considerar guías y otras evidencias de una variedad de fuentes. Todas las fuentes de evidencias deben ser objeto de evaluación de la calidad. **Por lo tanto, las guías del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud deben ser el punto de partida de cualquier búsqueda de evidencias pertinentes.**

Un principio clave de herramientas para llevar las evidencias a la práctica es que las declaraciones de los indicadores de calidad deben basarse en recomendaciones basadas en evidencias. Las guías pertinentes u otro tipo de orientación identificada deben cumplir con criterios reconocidos internacionalmente por su rigor metodológico (por ejemplo, los criterios AGREE II, <http://www.agreetrust.org>) para asegurarse de que son de calidad suficiente y han abordado cuestiones de aplicabilidad. Es preferible utilizar un **número limitado de guías** para limitar la carga de trabajo y centrarse únicamente en los documentos que son más relevantes para la práctica local.

Tenga en cuenta que en el Reino Unido, los Estándares de Calidad de NICE, y cualquier indicador de calidad derivado, se basan en gran medida en las recomendaciones de guías clínicas que se hicieron (generalmente, aunque no siempre) con base en la rentabilidad en el entorno del NHS (NICE 2014a). Donde las guías del Reino Unido o internacionales se adaptan de hecho para utilizarse en otras jurisdicciones no siempre puede asumirse su rentabilidad ya que los costos y el uso de los recursos variarán entre países.

4.5.2 Identificación de recomendaciones pertinentes de los documentos de origen

No todas las recomendaciones de las guías seleccionadas son relevantes para el desarrollo de indicadores. Esto depende de la amplitud de la orientación y de qué tanto cubren la atención. Por ejemplo, si el Grupo de Trabajo Estratégico ha decidido que el ámbito de aplicación de los indicadores debe limitarse al diagnóstico de los pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular en el área de emergencias de un hospital, entonces una guía sobre cuidados paliativos para el accidente cerebrovascular, o sobre la prevención de accidentes cerebrovasculares en la atención primaria, no será relevante. .

La búsqueda, evaluación y selección de las guías, y la identificación de las recomendaciones pertinentes, deben ser llevadas a cabo por el Equipo de Soporte Técnico, con el asesoramiento del resto del Grupo de Trabajo. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud también está desarrollando algoritmos con expertos que sintetizan las recomendaciones clave de las guías del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, lo cual ahorrará tiempo a estos grupos en la revisión de las guías. Ya se ha desarrollado un conjunto de algoritmos y se están aplicando en temas de diabetes, infarto de miocardio y depresión. En los próximos meses se desarrollarán algoritmos en las áreas de hipertensión, leucemia, y sobrepeso y obesidad en niños y adultos. A finales de 2017, éstos serán complementados por algoritmos para cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino y prevención de muertes maternas durante el embarazo.

No existe ningún proceso estándar para la selección de recomendaciones, pero nuevamente los criterios generales para la priorización de recomendaciones de alto impacto, que se enumeran anteriormente, se pueden utilizar como guía. Es aconsejable que el Equipo de Soporte Técnico documente la justificación y las fuentes de las evidencias para considerar las recomendaciones particulares, y para presentarlas al Grupo de Trabajo e informar el proceso de priorización.

4.5.3 Priorización de recomendaciones

Una vez que el Equipo de Soporte Técnico haya identificado las recomendaciones clínicas relevantes para el ámbito de aplicación de los indicadores, el Grupo de Trabajo Técnico correspondiente deberá seleccionar un subconjunto de recomendaciones cuyo desarrollo como indicador sea adecuado. El proceso de priorización debe basarse en principios similares en términos generales como antes (véase sección 4.3), es decir, centrándose en las recomendaciones que tendrían el mayor impacto en las áreas de atención que actualmente son deficientes o presentan alta variación, sino también considerando de manera importante cuestiones de aplicación práctica y de factibilidad, incluyendo la viabilidad de medir la estructura y el proceso.

Durante la reunión del Grupo de Trabajo, el Equipo de Soporte Técnico puede presentar recomendaciones clínicas relevantes, provenientes de varios documentos, que abarquen distintas áreas clínicas clave definidas por el ámbito de aplicación (por ejemplo, desde el diagnóstico del accidente cerebrovascular agudo, manejo, rehabilitación temprana, hasta asuntos generales de organización). Entonces, el Grupo de Trabajo discutirá estas recomendaciones, con el objetivo de llegar a un consenso sobre una preselección de recomendaciones clínicas que se pondrán en práctica en el desarrollo de indicadores.

Hay varios modelos posibles para la creación de consenso que pueden ser empleados de manera flexible en función de las circunstancias, incluyendo el tamaño, las dinámicas personales y culturales del Grupo de Trabajo. Sesiones de trabajo paralelas pueden funcionar bien para grupos de trabajo más grandes para ofrecer más oportunidades a los miembros del grupo en lo individual para contribuir a una discusión más amplia.

4.5.4 Redacción de los indicadores de calidad con base en las recomendaciones

La redacción de los indicadores estará precedida por un juicio del Grupo de Trabajo Técnico sobre cuáles recomendaciones de las guías representan realmente atención de alta calidad y cuáles tienen el potencial para ser desarrollados en indicadores. Por lo tanto, estas recomendaciones seleccionadas cubrirán áreas donde se puede mejorar la calidad y donde los indicadores de calidad podrían utilizarse para apoyar las iniciativas de mejora de la calidad.

Antes de la reunión del Grupo de Trabajo Técnico, el Equipo de Soporte Técnico puede comenzar a redactar los indicadores de calidad, con el asesoramiento del Presidente del Grupo de Trabajo Técnico. Esto incluirá la elaboración de una descripción detallada de cada indicador (véase sección 2.2), junto con informes para ser analizados por el Grupo de Trabajo.

Cada indicador de calidad debe especificar un requisito para la atención o la prestación de servicios de alta calidad (por ejemplo, una única intervención, acción o evento). El indicador también puede especificar el plazo en el que se espera que la actividad clínica se realice y se mida.

En algunas circunstancias, un indicador de la calidad puede incluir más de una intervención o acción, cuando estas actividades están estrechamente relacionadas, o indicadores individuales que los describen por separado carecerían de claridad. Por ejemplo, un indicador de calidad que especifique un seguimiento de alta calidad después del diagnóstico puede describir de manera simultánea lo que se requiere de la prueba de diagnóstico, así como las diversas opciones de tratamiento a seguir dependiendo del resultado de la prueba; o un indicador de calidad sobre la rehabilitación puede describir tanto los requisitos del plan de rehabilitación como las intervenciones de rehabilitación en sí.

Los indicadores de calidad no son reformulaciones literales de las recomendaciones de las guías de donde provienen. Un indicador de calidad puede obtenerse de recomendaciones de guías clínicas de una o más guías, y puede ser derivado al reformular una o más recomendaciones en un solo indicador.

Cada indicador de calidad propuesto se acompañará por:

- Definiciones de los términos utilizados
- Consecuencias de la aplicación del indicador de calidad en todo el país, para diferentes audiencias (proveedores de servicios, profesionales de la salud, contribuyentes, pacientes, usuarios del servicio, responsables de las políticas)
- Las fuentes de datos para la medida (por ejemplo, registros, bases de datos nacionales y locales)

- La orientación utilizada para respaldar el indicador (por ejemplo, la guía de donde se obtuvieron las recomendaciones)
- Consideraciones específicas para grupos individuales, en su caso, por ejemplo, el impacto de la equidad en los grupos socioeconómicos

Una pro-forma estandarizada que cubre muchas de estas preguntas (y otras relevantes) para todos los indicadores de calidad propuestos, como en el Cuadro 4-1, es esencial para guiar las deliberaciones de los Grupos de Trabajo sobre el indicador. Un ejemplo de una evaluación relacionada de Inglaterra se proporciona en el Apéndice C.

Cuadro 4-1: Evaluación del indicador propuesto

| Área Clínica de Enfermedades | Redacción sugerida del indicador | Estándar objetivo propuesto (y/o el umbral para activar el pago si es aplicable) |
|---|----------------------------------|--|
| | | |
| <p>¿Se están recopilando los datos pertinentes? Si no es así, ¿cómo sería el nuevo sistema de recolección de datos y cuánto costaría?</p> | | |
| <p>¿Cuál es la razón subyacente para la selección del indicador? Por ejemplo, ¿hay una base de evidencia publicada para sustentar la actividad en el indicador?</p> <p><i>Por ejemplo: estudios publicados, consenso clínico derivado de un proceso de deliberación independiente, evidencia local del impacto ...</i></p> | | |
| <p>¿Puede cada instalación [de atención primaria/de tratamiento hospitalario/etc.] en México realizar la actividad de atención médica requerida por este indicador?</p> <p><i>es decir: presentar los datos y ser capaz de proporcionar la atención que detalla</i></p> | | |
| <p>¿El indicador y la medición están claramente definidos?</p> | | |

¿Puede estar influenciado el indicador únicamente por las actividades de las instalaciones [de atención primaria/tratamiento hospitalario/etc.] o depende de otros factores/intervenciones?

¿Cuáles son las posibles consecuencias no deseadas (por ejemplo, para otras áreas del sistema de salud o para sectores no relacionados con la salud en todo México)?

4.5.5 Definición de inclusiones, exclusiones y criterios de exención

El principio fundamental es que la presentación de informes excepción general no es aceptable (por ejemplo, de todos los pacientes con una comorbilidad particular) y decisiones individuales basadas en el juicio clínico debe hacerse. No hay un nivel 'ideal' de los informes de excepción, aunque los centros de salud con niveles significativamente fuera de los promedios nacionales pueden ser investigado.

4.5.6 Configuración de reglas de negocio para la extracción de datos

Las reglas de negocio son algoritmos que establezcan claramente el denominador (todos los pacientes elegibles para el cuidado se describe en el indicador menos los que se ha informado de excepción) y numerador (aquellos pacientes que informaron haber recibido la atención se describe en un indicador) los requisitos, así como esos pacientes, en su caso, que son elegibles para ser exceptuado para garantizar la verificación precisa a través de los proveedores en la extracción de datos y presentación de informes sobre los indicadores. Estas reglas detallan lo que debe ser registrado y la jerarquía de las decisiones que dan efecto a la extracción de la información necesaria para calcular el numerador y el denominador de los indicadores. Las reglas de negocio para cada indicador deben ser acordados por el Grupo de Trabajo Técnico, *que estará de acuerdo “toda la información necesaria para identificar a los pacientes que deben incluirse en el registro de enfermedades, los denominadores de los indicadores y los numeradores de los indicadores. Cada conjunto de reglas es una serie de instrucciones lógicas que debe aplicarse de forma secuencial”*.

Como tal, estas normas constituirán un formato estandarizado para los expedientes médicos y la capacidad de extraer datos idénticos y comparables para todos los proveedores. Esta será la base de la interoperabilidad semántica de las reglas de negocio para cada indicador. Los requerimientos más urgentes de reglas de negocio son para acordar los códigos o datos que sean apropiados para cumplir con los algoritmos y las especificaciones concretas del numerador y el denominador de cada indicador. Estos conjuntos de reglas se producen para permitir a los proveedores de sistemas clínicos de cada organización para extraer estos números de cada organización y para alimentarlos a la base de datos central con cronogramas acordados.

La Guía de administración del Reino Unido de atención primaria Puesta QOF: Volumen 1 (2009, p4)²⁸ declarado *“Cada regla de base de datos y de negocios contiene toda la información necesaria para identificar a los pacientes a ser incluido en el registro de enfermedades, los denominadores de los indicadores y los numeradores de los indicadores. Cada conjunto de reglas es una serie de instrucciones lógicas que debe aplicarse de forma secuencial”*.

4.6 Realización de un análisis económico prospectivo (Etapas 5 y 6)

Los análisis económicos deben incluir un análisis de sensibilidad cuando sea posible, esas variables para las que el modelo es más sensible a los cambios (aproximadamente 3-4) deben ser discutidos en el documento principal presentado al Grupo de Trabajo. Como se discutió en la sección 2.4.3 anterior, este análisis de sensibilidad ayuda a los proveedores y responsables de los servicios de salud individuales a ver cómo puede variar el impacto en sus presupuestos respecto al estimado nacional.

4.6.1 Presupuesto (costo) análisis de impacto

Tal como se discutió en la Sección 2.4 más atrás, el análisis de impacto presupuestario estima los costos de implementación de los cambios necesarios para alcanzar los niveles de calidad establecidos en los indicadores a nivel nacional y subnacional (incluyendo niveles locales). Esto incluye un análisis identificación de los conductores más significativos de coste.

El impacto de los costes se refiere al cambio requerido y puede ser estimado usando la siguiente fórmula:

$$(actividad pronosticada \times coste previsto) - (actividad actual \times costo actual)$$

Uno de los elementos más importantes de cualquier análisis de impacto presupuestario es la identificación de la línea de base y predecir cómo podría cambiar. Los cambios podrían incluir cualquiera de los cambios en los niveles de servicio proporcionado o cambios en la forma como se prestan los servicios, tales como la capacitación del personal o nuevos elementos de equipamiento, como la tomografía por emisión de positrones (PET) escáneres.

²⁸ Ver: https://www.pcc-cic.org.uk/sites/default/files/articles/attachments/qof_volume_1_updated.pdf

4.6.2 Análisis de rentabilidad

Los indicadores que se relacionan directamente con un cambio en el tratamiento son los más susceptibles de análisis de rentabilidad, ya que existe una relación evidente con beneficios clínicos, potencialmente apoyados por pruebas. Sin embargo, la mayoría de los indicadores no son de este tipo.

Al tratar de aplicar incentivos financieros, análisis de rentabilidad implica la consideración de dos temas. El primero determina si la actividad o intervención es rentable y se traduciría en beneficios que son mayores que los costos de la realización de la actividad. Beneficios para la salud se miden en años de vida ajustados con calidad (QALYs, por sus siglas en inglés, o AVAC). Las estimaciones de los beneficios para la salud ideal sería que se obtienen a partir de las pruebas presentadas en las guías clínicas relacionadas y evaluaciones de tecnologías sanitarias (donde esté disponible).

En el plan de incentivos Reino Unido de atención primaria, el Marco de Calidad y Resultados, dos enfoques económica se han aplicado al evaluar la rentabilidad de los indicadores²⁹. Estos enfoques son:

- análisis del beneficio neto, que se utiliza cuando hay los datos de ambos beneficios incrementales y costos incrementales
- análisis de umbral, que se aplica cuando la evidencia es “delgada” o no está disponible

Estos enfoques valoran QALYs (los beneficios para la salud potencialmente asociados con el indicador) en términos monetarios. En el Reino Unido, este es el punto medio (25.000 £) del “umbral de rentabilidad” implícita de £ 20.000 a £ 30.000 por QALYs ganado, que ha sido adoptada por NICE.

4.6.2.1 Suficiente evidencia disponible sobre beneficios: análisis de beneficio neto

El cálculo del beneficio resta los gastos de envío de aplicación y los pagos de los beneficios para la salud monetizados:

$$\text{beneficio neto} = (\text{monetizada beneficio} - \text{coste de entrega}) - \text{pago QOF},$$

donde el *pago QOF* representa el incentivo financiero (un costo adicional), que para cualquier indicador en particular se desencadena a un nivel umbral apropiado de logro, con pagos aumentando hasta un umbral máximo rendimiento³⁰.

²⁹ Basado en el trabajo de los investigadores de la Universidad de York y la Universidad de East Anglia, por ejemplo:

Walker S et al. Relación calidad-precio y el Marco de Calidad y Resultados en la atención primaria en el NHS del Reino Unido. Br J Gen Pract. 2010 Mayo; 60 (574): e213-20

³⁰ Quershi N, S Weng, y Hex N. El papel del análisis de rentabilidad en el desarrollo de indicadores para apoyar el comportamiento basado en incentivos en la atención primaria en Inglaterra. J Serv Res Política de Salud. MAYO 2016

Cuadro 4-2 Ejemplo resuelto de análisis beneficio neto

Selección de indicadores para el análisis

En algunos casos, se desarrollarán dos indicadores estrechamente relacionados. Por ejemplo, el análisis de rentabilidad puede evaluar por separado:

El porcentaje de pacientes con diabetes en los que el último IFCC-HbA1c es 53 mmol / mol o menos en los 12 meses anteriores.

El porcentaje de pacientes con diabetes en los que el último IFCC-HbA1c es 58 mmol / mol o menos en los 12 meses anteriores.

Ejemplo de cálculo de la muestra

| parámetro de entrada | Valor | Descripción |
|--|---------------|--|
| población inscrita | 49.3 millones | |
| Prevalencia (porcentaje) | 0.1% | Porcentaje de la población como se define por el indicador |
| Prevalencia (número de pacientes) | 49,300 | El denominador del indicador |
| cumplimiento actual | 45% | |
| logro mínimo | 10% | El punto más bajo en el que los centros de salud pueden recibir cualquier pago de incentivos |
| máximo logro | 80% | El punto en el que se otorgan el máximo de puntos. Esta tapa puede fijarse por debajo de 100%, por ejemplo si hay un riesgo de incentivar el exceso de tratamiento |
| Los costos para el sistema de salud | | |
| los gastos de envío por paciente | 1500 £ | Costo adicional de cuidado de la salud por paciente, <u>en comparación con la práctica actual</u> , la hora de cumplir con el indicador |
| El coste de entrega adicionales totales | 25.9 Mill £ | Costo adicional para el sistema de salud para alcanzar el logro máxima desde la línea de base (es decir, un 35% adicional de los pacientes) |
| beneficio monetizado | | |
| efecto incremental | 0,10 AVAC | DALY adicionales evitarse / QALYs obtenidas por paciente, <u>en comparación con la práctica actual</u> , la hora de cumplir con el indicador. |
| beneficio monetizado | 2500 £ | El valor por paciente de los beneficios para la salud obtenida de cumplir con el indicador (por ejemplo, si los políticos valoran un AVAD evitado en \$ 25.000) |

| | | |
|--|--------------------|---|
| beneficio total monetizada | 43 Mill £ | Valor adicional obtenida cuando logro máxima alcanzada a partir de la línea de base |
| Los costos del plan de incentivos | | |
| Pago de incentivo | 5 Mill £ | El pago total de los servicios de salud si la realización máxima alcanzada |
| | | |
| Beneficio neto | 12.1 Mill £ | (beneficio monetizado - costo de entrega) - coste de incentivo |

Figuras se insertan puramente para fines de demostración como un ejemplo estilizado y no se han tomado de un análisis específico.

Cuando el beneficio neto es positivo (beneficios superan los costos monetizados), entonces el indicador se considera que es rentable. El cálculo y el ejemplo anterior muestra que hay varias variables que pueden afectar el resultado beneficio neto global (y resultados de los análisis económicos similares), que se resumen en la Tabla 7.

Tabla 7: beneficio neto aumentará si...

| parámetro de entrada | Dirección | Razón |
|---|---------------------|---|
| El costo incremental de la intervención <i>por paciente</i> | <i>disminuye</i> | <i>Reduce el coste total de entrega</i> |
| beneficio para la salud incremental de la intervención por paciente | <i>Los aumentos</i> | <i>Aumenta el beneficio total monetizado</i> |
| valor de incentivo / 'poder' (pago a las instalaciones para aumentar el cumplimiento) | <i>disminuye</i> | <i>Reduce el coste total de los pagos de incentivos</i> |
| logro de línea de base | <i>disminuye</i> | <i>El pago se asigna a través de <u>todas</u> pacientes elegibles</i> |
| Prevalencia de Estado (%) | <i>Los aumentos</i> | <i>Mayor población elegible (véase más arriba)</i> |
| tamaño de la práctica (instalación área de influencia de la salud) | <i>Los aumentos</i> | <i>Mayor población elegible</i> |

Al vincular los incentivos financieros a los indicadores, como se hace con el QOF, está el segundo número del nivel de pagos que pueden ser económicamente justificado aumentar los niveles de las actividades deseadas, conservando los beneficios netos para el servicio de salud. Como la fórmula anterior muestra cualquier pago incentivo es adicional al coste de entrega. El nivel del incentivo financiero se podría variar en cualquier análisis y vinculado con umbrales de rendimiento apropiadas.

4.6.2.2 No se dispone de pruebas suficientes: análisis de umbral

El análisis de umbral es potencialmente útil cuando la evidencia de origen (por ejemplo, proveniente de las evaluaciones de tecnologías en salud o de las guías) no está disponible. Esto puede ocurrir cuando, por ejemplo, los costos son conocidos o se pueden estimar razonablemente, pero el beneficio para la salud (en términos de QALYs ganado o AVD evitado) es desconocido. Bajo estas circunstancias, es posible identificar el nivel de efectividad de un indicador que se considera “rentable” (es decir, cuando el beneficio neto se convierte en positivo antes de que pudiera ser considerado incentivar financiera). El juicio de expertos debe ser utilizado para evaluar el grado más probable de beneficio para la salud.

Los análisis de umbral son más susceptibles de ser utilizados en el caso de los indicadores de proceso, que implica un cambio en la información disponible para los médicos que tratan en un área de enfermedad donde hay una terapia apropiada disponible. Un enlace es la hipótesis con mejores resultados de los pacientes y un análisis de beneficio neto sólo sería posible en pruebas sólidas para apoyar la hipótesis está disponible. En realidad, esta evidencia a menudo no está disponible o confiables (Campbell et al 2014).

Claramente, el juicio tiene que ser aplicado sobre si se podría lograr una gama de QALYs ganancias / AVD evitados. Esto también informa al nivel de incentivo financiero que sería apropiado por razones económicas. Sin embargo, dado que se desconoce el beneficio para la salud específica probable que se alcance, la gama de QALYs / AVD y el número de diferentes niveles de pago a elegir para un indicador dado puede ser bastante grande.

4.6.3 Aplicación en México

Métodos similares a los utilizados en el Reino Unido podría ser adoptado en México para comprobar si un indicador es probable que represente la práctica rentable, *incluso si no hay deseo de vincular con un pago de calidad*. Al aplicar el enfoque analítico de beneficio neto, el umbral oficial de rentabilidad correspondiente se basa en el PIB per cápita, tal como se indica en las guías actuales especificadas por el Consejo de Salubridad General³¹. El Banco Mundial ha indicado que el PIB per cápita de México como se expresa en dólares internacionales, es 17 277 (2015). Si, por ejemplo, se espera que un indicador para generar beneficios para la salud del orden de 0,1 QALYs por persona, entonces el beneficio monetizado en estas circunstancias (y suponiendo que el PIB per cápita representa el umbral de rentabilidad relevante para su uso) se calcula como:

$$0,1 \text{ QALY} \times 17,277 = \text{aproximadamente } \$ 1,728$$

(Internacional \$)

Tenga en cuenta que las guías del Consejo de Salubridad General permiten que los beneficios que se expresen en años de vida ajustados por calidad o años de vida ajustados por la discapacidad (AVD). Ya sea en beneficio de la salud se expresa en QALYs o AVD, el enfoque

³¹ Guía de Evaluación de Insumos para la Salud, febrero 2015. Dirección General Adjunta de Priorización, Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.

general es el mismo. Sin embargo, es importante que las guías existentes para realizar la evaluación económica para sustentar las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías clínicas sean compatibles con cualquier enfoque adoptado para evaluar la rentabilidad de los indicadores de calidad. El enfoque podría en principio captar las pérdidas de productividad u otros gastos, como los gastos de bolsillo. El enfoque utilizado en el Reino Unido no incluye estos costos adicionales debido a que las guías ya existentes limitan la perspectiva adoptada.

Un subgrupo de economía del GTT, con experiencia relevante, podría coordinarse con el equipo de soporte técnico para centrarse en la definición de la lógica del enfoque económico a aplicar (análisis de rentabilidad y el impacto presupuestario), y la evaluación de la calidad de los análisis. Puede buscarse experiencia adicional en México: por ejemplo, la Unidad de Análisis Económico (UAE, por sus siglas en español) tiene un historial de desarrollo de las evaluaciones de rentabilidad para desarrollar paquetes de prestaciones. Las pruebas piloto de los indicadores deben incluir un intento para capturar datos adicionales sobre los posibles costos y beneficios para la salud de la implementación del indicador, incluyendo la identificación más precisa de la población de pacientes elegibles y su tamaño. Estos pueden ser utilizados para refinar cualquier análisis que se presentan a la sub-grupo de discusión y acuerdo. Tanto la rentabilidad y análisis del impacto presupuestario (o coste) se basan en los mismos datos básicos. Con el análisis del impacto del coste, el objetivo es extrapolar la evidencia de costos y ahorros (y beneficios monetizados) a un nivel del paciente individual a nivel nacional y subnacional o (regionales) (ver sección 2.4). Como mínimo, un análisis del impacto del coste se debe intentar, ya que esto ayudará en la planificación e implementación de los responsables políticos locales y los administradores.

4.7 Consulta con las partes interesadas (Etapa 7)

El GTT podrá solicitar comentarios a cualquiera de las partes interesadas (incluidas las organizaciones de pacientes y grupos profesionales) sobre nuevos posibles indicadores durante cualquier período de consulta pública. La duración de esta consulta no debe ser mayor a 4-6 semanas. Los comentarios que se les solicitan a las partes interesadas se relacionan, por ejemplo, con posibles consecuencias no deseadas, barreras para la implementación, el impacto diferencial o las desigualdades. También se les podrá cuestionar específicamente acerca de las áreas importantes a considerar que se hayan identificado y que no han sido resueltas por el GTT o el GTE.

La DGCES podrá informar con antelación a las partes interesadas sobre la consulta pública por correo electrónico y en el sitio web, de forma similar al proceso de consulta NICE³². Una vez que comienza la consulta, las partes interesadas podrán ver los indicadores propuestos en el sitio web de la DGCES y presentar observaciones en una proforma de comentarios.

A continuación se presenta un ejemplo que ilustra las preguntas básicas para cada indicador propuesto (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Puede ser aconsejable en los primeros años del programa de indicadores realizar preguntas más generales, menos técnicas

³² Se incluirán, por ejemplo, formatos previamente completados, vea la sección Consulta sobre Indicadores NICE: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/standards-and-indicators/consultation-on-nice-indicators>

mientras que las partes interesadas se familiarizan con el proceso de presentación de comentarios. Podrán incluirse preguntas sobre temas específicos o sobre indicadores adicionales específicos para determinados indicadores propuestos. Estos probablemente se generen a través de discusiones en los Grupos de Trabajo, por ejemplo, cuando los miembros perciben que hay cierto desacuerdo acerca de la necesidad clínica de una recomendación, o donde existe una amplia variación actual en la asistencia sanitaria proporcionada, lo que dificultaría el suministro o el seguimiento de la asistencia indicada. Algunos ejemplos de las preguntas formuladas en indicadores específicos de las partes interesadas en las consultas NICE recientes fueron:

- [Tema: La identificación de la fibrilación auricular no diagnosticada (personas con comorbilidades)] “Las personas con condiciones crónicas fueron identificadas como una población apropiada para la palpación manual del pulso. ¿Las partes interesadas consideran que el rango de las condiciones referidas en el indicador es adecuado?”
- [Tema: La identificación de la fibrilación auricular no diagnosticada (personas de 65 años y más)] “¿Los encuestados pueden comentar sobre el acceso a los servicios de ECG?”
- [Tema: La anticoagulación para la prevención del accidente cerebrovascular] “¿En qué medida esto ya sucede como práctica habitual durante las consultas con esta población?”
- [Tema: Diabetes en niños y jóvenes] “En caso de contar con este indicador, debe ser dividido en grupos de acuerdo a su edad, quizá por cada 5 años - es decir, 0 - 5 años, 5 - 10 años, y 10 - 15 años etc.”

Tabla 8: Ejemplo de preguntas en la proforma para recibir comentarios de los interesados

| | | | |
|--|---|--|--|
| <i>Para la presentación de comentarios, favor de consultar la lista de verificación que se incluye al final de este formato. No podemos aceptar formatos que no hayan sido llenados correctamente.</i> | | | |
| Nombre de la organización - grupo interesado o el encuestado <i>(si usted está respondiendo como individuo en lugar de como grupo interesado registrado, deje en blanco):</i> | | [Inserte el nombre de la organización] | |
| Revelación de información: <i>Por favor revele cualquier vínculo pasado o actual, directo o indirecto con la industria del tabaco o cualquier financiación por parte de la misma.³³</i> | | [Inserte aquí la información revelada] | |
| Nombre de la persona que llena el formulario: | | [Introduzca su nombre aquí] | |
| Tema | Identificación del indicador y redacción del proyecto | Preguntas | Comentarios Inserte cada comentario en un nuevo renglón. |
| Área clínica general y tipo de atención <i>ejemplo: Diabetes - diagnóstico y</i> | DM001 IND³⁴: En todos los pacientes con prediabetes identificada, deben investigarse otros componentes del | ¿Le parece que existen barreras para la implementación de la atención descrita por este indicador? | |

³³ Puede añadirse otra información, por ejemplo, de determinados fabricantes de alimentos y bebidas, según sea apropiado, de acuerdo con las políticas de revelación de información y ética del Gobierno Mexicano.

³⁴ Se seleccionó una recomendación existente de la guía CENETEC (IMSS-718-14) como ejemplo.

| | | | |
|---|---|--|--|
| <i>tratamiento temprano en la atención primaria</i> | síndrome metabólico y del riesgo cardiovascular. [con ejemplos] | | |
| | | ¿Cree que existan posibles consecuencias no deseadas para la implementación / uso de este indicador? | |
| | | ¿Cree que pueda existir un impacto diferencial (con respecto a la edad, la discapacidad, el género y el cambio de sexo, embarazo y maternidad, raza, religión o creencias y orientación sexual)? Si es así, indique si dicho impacto es negativo o positivo y para cual grupo. | |
| | | ¿Tiene algún comentario general sobre este indicador? | |
| | | ¿En qué medida esto ya sucede como práctica habitual durante las consultas con esta población? | |

Lista de verificación para la presentación de observaciones

- Utilice este formulario de comentarios y preséntelo en formato Word (no PDF).
- Complete la revelación de información acerca de los vínculos o la financiación por parte de la industria del tabaco.
- Incluya todos los comentarios de su organización en 1 respuesta. No se aceptará más de 1 respuesta por parte de cada organización.
- No pegue otras tablas en esta tabla - escriba directamente en la tabla.
- Subraye y resalte cualquier información confidencial u otro material que no desee que se hagan públicos.
- No incluya información médica sobre usted u otra persona con la que usted o la otra persona pudieran ser identificados.
- Explique en detalle cualquier abreviatura que utilice
- Por razones de derechos de autor, los formularios de comentarios no incluyen anexos tales como artículos de investigación, cartas o panfletos (por razones de derechos de autor). Los formularios de comentarios que contengan archivos adjuntos serán devueltos sin ser leídos. El interesado puede volver a presentar la forma sin archivos adjuntos, pero debe ser recibido dentro del plazo.

Nota: Nos reservamos el derecho de resumir y editar los comentarios recibidos durante las consultas, o de no publicar ninguno de ellos si consideramos que son demasiado largos, o que su publicación es ilegal o inapropiada.

Los comentarios recibidos durante las consultas se publican en aras de la apertura y la transparencia, y con el objeto de promover la comprensión de cómo se desarrollan las recomendaciones. Los comentarios se publican como registro de los comentarios que hemos recibido, y no son avalados por la Secretaría de Salud, sus funcionarios o Comités de asesoramiento.

El equipo de soporte técnico preparará informes de resúmenes, analizando y respondiendo a todos los comentarios de consulta, los cuales se presentarán al GTT para su revisión.

4.8 Pilotaje de los proyectos de los indicadores (Paso 8)

El pilotaje de los nuevos indicadores reconoce la importancia de aprender de las experiencias del personal para hacer frente a los posibles nuevos indicadores y solicitar al personal sus opiniones. Este proceso pretende dar a conocer los posibles problemas que pueden ser abordados antes de que el indicador se implemente a nivel nacional. Puede consultar más detalles en la sección 5.4.

Se recomienda encarecidamente que el pilotaje sea realizado considerando algún protocolo de pruebas del indicador³⁵. Los indicadores de calidad deben ser sometidos a un protocolo de prueba antes de ser utilizados en la práctica considerando atributos clave, tales como **aceptabilidad, la viabilidad y fiabilidad**, así como la identificación de problemas derivados de la implementación real y **consecuencias no deseadas**.

4.9 Aprobación y publicación de los indicadores (Paso 9)

Una vez aprobado por el Grupo de Trabajo Estratégico después de la consulta, se utilizarán los menús del indicador para el pilotaje. Los indicadores deben ir acompañados de:

- Una visión general o resumen de los proveedores de servicios de salud, que deberá incluir descripciones de las razones para el indicador, los mecanismos de información, inclusiones, exclusiones y excepciones, y enlaces a información adicional
- La rentabilidad y el análisis costo-impacto (en caso de realizarse)
- Las especificaciones metodológicas de cómo se desarrolló el indicador

Los resúmenes de publicación de los análisis realizados (con datos sensibles eliminados) ayudan a asegurar la aceptabilidad del indicador básico global establecido si se considera que ha sido desarrollado de acuerdo con estándares consistentes. Como se discutió en las secciones anteriores (por ejemplo, 2.4.1 más atrás), esta publicación también ayuda a los proveedores de servicios de salud y comisionistas para realizar los análisis y hacer planes locales más detallados para su implementación.

³⁵ Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon KL, Barber A, M Burke, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK Quality and Outcomes Framework. *BMC Family Practice*. 10 Aug 2011; 12(1):85.

5 Preparación de la aplicación y pilotaje de los indicadores

Objetivos del capítulo:

- Resaltar la importancia de una preparación adecuada para la implementación
- Establecer los componentes clave de la implementación, incluida la función de pilotaje

Términos y conceptos clave:

Aplicación en este manual

| | |
|--------------------------|---|
| Evaluación de referencia | <i>Captura prospectiva detallada de los datos relacionados con el tema de hasta qué punto las actividades recomendadas en un indicador de calidad se llevan a cabo en la atención médica actual</i> |
| Pilotaje | <i>Una implementación de prueba de concepto en una selección de establecimientos de salud para poner a prueba la viabilidad del indicador en la práctica y adecuación para el uso</i> |

5.1 Principios generales de aplicación

La implementación del conjunto de indicadores requerirá cambios en la forma en que es estructurada y proporcionada la práctica. Esto requerirá planificación y preparación detalladas, con una planeación presupuestaria adecuada. Es fundamental que se realice un enfoque gradual para la implementación, con una cuidadosa selección de sitios piloto. Una cuestión clave que debe abordarse durante la planificación y el pilotaje es la viabilidad - el diseño y la puesta en marcha de cualquier conjunto de indicadores tendrán que tomar en cuenta las limitaciones del sistema existente y las necesidades de fortalecimiento de la capacidad siempre que sea posible. Por ejemplo, es importante tener en cuenta las cargas existentes en la recolección de datos que enfrentan las unidades proveedoras, y la disponibilidad (y aceptabilidad) de los datos presentados electrónicamente.

Habrán diferentes modelos de implementación factibles, dependiendo de las circunstancias locales. Estos incluirán si las estrategias de calidad y de las iniciativas de calidad podrían ser aprovechadas, así como la disposición o capacidad del sistema de salud local (en términos de recursos financieros, estructurales y humanos disponibles) para iniciar el cambio.

Independientemente del modelo, hay algunos principios generales de buena práctica que deben maximizar la probabilidad de una implementación exitosa:

- Comenzar poco a poco, y apuntar a un **progreso gradual**;
- **Priorizar** para maximizar el impacto;
- **Comprometer e involucrar todas las partes interesadas pertinentes** con un papel que desempeñar en la aplicación (incluyendo autoridades normativas, administradores de

hospitales y médicos sobre el terreno) tan pronto como sea posible en el proceso para maximizar la responsabilidad de mejora de la calidad por parte de todos los interesados.

- **Prácticas y resultados de seguimiento, medición y registro**, incluyendo una medición inicial de la práctica actual, así como durante toda la ejecución, con el fin de probar y comprender el impacto de las actividades de mejora de la calidad y proporcionar lecciones para seguir mejorando.

En esta sección, describimos un enfoque general de la implementación. Incluye los elementos siguientes:

1. Planeación
2. Inicio (antes de la aplicación)
3. Implementación piloto
4. Post-implementación y aplicación general

Siguiendo el marco **Plan-Do-Study-Act** (PDSA) (NHS Institute for Innovation and Improvement 2008)³⁶, un piloto es una prueba de concepto para poner a prueba el indicador de **viabilidad en la práctica** y aprender las lecciones que faciliten su ampliación.

5.2 Planificación de la aplicación

Durante el desarrollo de indicadores, los GTTs habrán discutido los problemas prácticos de la aplicación, como lo hará el GTE en la aprobación de la versión final. El equipo de soporte técnico podrá haber explorado la viabilidad potencial de cada uno de los indicadores de calidad. La consulta con las partes interesadas (ver la sección 4.7) también habrá puesto de manifiesto los posibles problemas en la aplicación del indicador en la práctica. Por último, el AIP habrá puesto de manifiesto las consecuencias financieras. Como se indica en el capítulo 4, el pilotaje es la última etapa de la creación de un indicador de calidad (o conjunto) antes de su publicación y aplicación.

5.2.1 Aplicación gradual

Puede preverse una implementación gradual a partir de un piloto en un pequeño número de hospitales dentro de una entidad federativa antes que una aplicación general en todo el estado o país. La selección de sitios piloto adecuados será una actividad importante durante esta fase de planificación y la viabilidad será un elemento importante a considerar aquí. Sin embargo, la asignación aleatoria de los sitios piloto dentro de un conjunto definido de forma prospectiva permite llevar a cabo un análisis mucho más poderoso de los datos y contar con el potencial para extraer lecciones tempranas acerca del impacto.

³⁶ Véase:

http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/plan_do_study_act.html

La implementación también podría realizarse gradualmente en el sentido de que el piloto podría comenzar con el subconjunto más impactante y factible de los indicadores antes de que el resto de indicadores desarrollados se adopten progresivamente. De nuevo, esto podría determinarse localmente utilizando algunos de los criterios de priorización mencionados anteriormente, ya sea a través de un análisis formal de las deficiencias o auditoría, o por medio de un consenso que involucre a las partes interesadas locales. Por ejemplo, la aplicación podría, en el corto plazo, enfocarse en las medidas de calidad e indicadores que son relativamente fáciles de alcanzar a través de la capacitación del personal y de la adquisición única de equipos y materiales, con un probable impacto sostenido. En el mediano y largo plazo, el enfoque podría cambiar a medidas de calidad e indicadores que requieran la reorganización del sistema.

5.3 Inicio (actividades previas a la ejecución)

Tendrán que realizarse una serie de actividades para la preparación de los pilotos indicadores y la implementación. Estas pueden incluir:

- Cualquier medida normativa o administrativa necesaria; por ejemplo, un oficio circular de la Secretaría de Salud, o acuerdos con los hospitales piloto.
- El desarrollo de procedimientos de operación estándar (PEOs, es decir, las especificaciones para cada indicador de calidad), los materiales y protocolos de capacitación, los protocolos clínicos y herramientas (tales como instrumentos de detección).
- El desarrollo de herramientas de recolección de datos, y la realización de evaluaciones de referencia.
- El desarrollo de herramientas para la evaluación local del AIP / impacto (como plantillas de hoja de cálculo Excel para su uso en el ámbito hospitalario), y la realización de un AIP local utilizando estimaciones de relevancia local de uso de costos y recursos.
- La identificación de las prioridades locales para la implementación.
- Reclutamiento, adquisición y capacitación de personal, para permitir la implementación de indicadores de calidad.

5.3.1 Evaluación de referencia

Dado que un objetivo clave de los indicadores es medir y lograr una mejora, será absolutamente crucial una evaluación de referencia fiable y válida para una implementación exitosa. Algunos posibles enfoques podrían incluir:

- auditoría de la organización general; por ejemplo, un panorama de la estructura del servicio de recuperación de pacientes con derrame cerebral de cada hospital, la cantidad de pacientes, y los niveles y competencias del personal;
- auditoría personalizada de la organización, específica para las medidas de calidad definidas en los indicadores, y;
- auditoría a nivel de paciente, a través de la revisión de casos.

Tal evaluación puede constituir la base de un análisis formal de deficiencias en cada sitio de aplicación para determinar las prioridades locales de implementación, ya sea para los efectos del piloto o en caso de que los indicadores fueran posteriormente implementados en más sitios. También reforzará las estimaciones de costos y el uso de los recursos para la actualización del AIP.

Con base en las necesidades de las partes interesadas, los recursos disponibles (de tiempo, financieros y de recursos humanos) y los sistemas de información, no todos los enfoques de auditoría pueden ser útiles o factibles en esta etapa piloto inicial. Por ejemplo, para un piloto indicador de pequeña escala, puede que no sea necesario llevar a cabo una revisión de las notas individuales de los pacientes, a pesar de que cualquier falta de datos en la auditoría de referencia de la organización podría proporcionar información acerca de las mejoras futuras para hacer frente a la recolección de datos y las necesidades de seguimiento a nivel paciente.

Si los recursos lo permiten, también es útil para llevar a cabo evaluaciones de referencia en ambos sitios, piloto y no piloto, para permitir un análisis más detallado del efecto de la implementación de los indicadores en el proceso y los resultados clínicos, incluso si no fuera posible un ensayo controlado aleatorio de implementación. Como regla de oro, los datos de referencia deben abarcar al menos 3 meses anteriores al inicio de la implementación, aunque es preferible un periodo mayor. Por ejemplo, para técnicas analíticas más sofisticadas, tales como regresión de series de tiempo interrumpido, el requisito generalmente aceptado es la inclusión de datos que abarquen al menos 12 meses anteriores a la intervención³⁷.

5.4 Pilotaje

Los indicadores de pilotaje proporcionan información valiosa sobre su aplicabilidad en la práctica, lo que permite la identificación de problemas no reconocidos previamente.

Serán, por lo tanto, esenciales, una auditoría y la presentación de informes de manera periódica desde de los sitios piloto así como un seguimiento regular y un registro de desafíos reportados y sugerencias del personal para el mejoramiento en los sitios piloto.

Las siguientes opciones generales se encuentran disponibles para pilotaje e indicadores de ensayo; se puede seguir un protocolo (véase el Apéndice D) dependiendo de la opción que sea más adecuada para cada proyecto de indicador³⁸:

1. Un proceso de pilotaje completo en el que el indicador se utilice en la práctica por un período de tiempo determinado para evaluar la claridad, la viabilidad, el impacto, la aceptabilidad y las consecuencias no deseadas. Esto puede incluir entrevistas semiestructuradas presenciales con el personal y, en su caso, pacientes o usuarios del servicio. En el Reino Unido, el período de pilotaje para el QOF es de 6 meses.

³⁷ Wagner et al. Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *J Clin Pharm Ther.* 2002 Aug; 27 (4): 299-309

³⁸ NICE, 2014. Guía de proceso de indicadores.

2. Convocar un taller de expertos, pacientes, usuarios de los servicios o de miembros no especializados para recibir una asesoría sobre la viabilidad, el impacto, la aceptabilidad y cualquier consecuencia no deseada.
3. Trabajar con fuentes y organismos de control de calidad de los datos del sistema de salud, con el objeto de evaluar las fuentes de datos para el indicador, y así asegurar que son factibles y los métodos son adecuados.

Cuadro 5-1: Estudio de caso - Indicador de pilotaje en el Reino Unido

ESTUDIO DE CASO: Pilotaje

Como parte del Marco de Calidad y Resultados dirigido por NICE, todos los indicadores de mejoría clínica y de salud son pilotados, según una metodología acordada, en una muestra representativa de consultas de médicos generales en toda Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte. El Centro Colaborador Nacional para el Desarrollo de Indicadores (Universidad de Birmingham) actualmente trabaja con NICE para desarrollar y evaluar los indicadores³⁹.

Durante la operación del esquema de QOF durante muchos años, las instalaciones piloto que participan llevan a cabo de 5-10 indicadores por ronda. Aproximadamente 20-30 consultas participan en cada muestra.

Evaluación cuantitativa

Los datos de implementación se informan durante todo el período de pilotaje [inicio, intermedio y final], respecto a cada indicador:

- Datos reportados del número de consultas
- Porcentaje de pacientes que alcanzaron el estándar del indicador (por consulta y en total)
- Número de pacientes excluidos del indicador
- Cambios en los resultados desde el inicio

Este piloto puede ir acompañado de un informe económico de salud, que utilice los niveles reales de logros para cada indicador con el objeto de realizar una estimación de su relación calidad-precio. Esto se extiende a cualquier análisis prospectivo realizado en la etapa de diseño del indicador.

Evaluación cualitativa

El proceso de pilotaje incluye entrevistas con personal de salud en el sitio abarcando todos los cuadros con experiencia para pilotar los indicadores.

| Tema | Ejemplos de preguntas de interés |
|-------------|---|
|-------------|---|

³⁹ Véase: <http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/applied-health/research/quality-safety/index.aspx>

| | |
|---------------------------|--|
| Claridad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Todo el personal comprende y sigue el indicador de una manera consistente? |
| Factibilidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se pueden desarrollar reglas de negocio adecuadas? • ¿En la consulta se tiene el equipo para recopilar datos y cumplir con este indicador? • ¿El objetivo es apropiado para todas las personas con la condición de salud de que se trate? |
| Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Las consultas apoyan la inclusión de este indicador en el conjunto básico? <i>Por ejemplo: ¿el estado de salud es percibido como una prioridad? ¿El personal anticipa la resistencia del paciente?</i> |
| Consecuencias no deseadas | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existe un potencial asociado de medicalización excesiva, efectos secundarios, etc.? |

Los resultados de estas entrevistas se pueden resumir para agrupar los resultados en bandas: es decir, por ejemplo, 80-99% de las prácticas de apoyo a la aplicación, frente al 70-79%, 60-69%, etc.

Esto produce un fallo sumario respecto a si el indicador está recomendado para la aplicación, y si no, si los problemas identificados en el pilotaje se pueden resolver regresando a los pasos de desarrollo de indicadores anteriores.

Entre más formal sea el juicio en un esquema de indicador, más detallado deberá ser el piloto

El protocolo a seguir dependerá en parte de la finalidad para la que se utilizará el indicador y de qué tan “potentes” son los incentivos financieros o de reputación inherentes. Algunos indicadores están destinados a ser utilizados para realizar juicios explícitos y para que las organizaciones rindan cuentas de manera formal. Por ejemplo, un comisionista puede utilizar indicadores para determinar la calidad de la atención y otorgar un incentivo financiero a un proveedor. En este escenario, un mayor énfasis en el aspecto particular de la atención también puede traer consecuencias no deseadas. Por lo tanto, estos indicadores requieren un alto grado de precisión y control de calidad, y su desarrollo, por tanto, generalmente requiere métodos detallados, como un pilotaje completo.

El marco en el que un indicador será utilizado, por lo general determina su propósito. En ocasiones, el Grupo de Trabajo Estratégico puede estar de acuerdo en que un indicador esté destinado a juicio pero también en que exista un riesgo tan bajo de problemas de viabilidad, aceptabilidad o consecuencias no deseadas, que es más apropiado utilizar una forma de prueba menos intensiva.

Otros indicadores pueden estar destinados a ser utilizados de formas más sencillas, por ejemplo, para guiar la mejora de calidad. Por lo tanto, estos indicadores pueden necesitar menos precisión, siempre y cuando sean apropiados para la evaluación comparativa. El

desarrollo de estos indicadores, por tanto, requiere por lo general un proceso de prueba en el que se lleven a cabo comprobaciones para asegurar que el conjunto de datos utilizado para un indicador es fiable y el diseño y la creación del indicador son apropiados, pero no será necesario un periodo de pilotaje. El impacto, la aceptabilidad y las consecuencias no deseadas de los indicadores también son evaluados a través de medios menos intensivos que el pilotaje, por ejemplo a través de consultas.

6 Indicadores de revisión y eliminación

6.1 Revisión regular del conjunto de indicadores

Los criterios técnicos y las metodologías para la revisión de los indicadores existentes se basan en un conjunto de principios de apoyo⁴⁰ para el reemplazo de indicadores y cuestiones clave que cualquier organización o país que planea eliminar los indicadores debe tener en cuenta. Estos principios se establecen en un marco de desempeño clínico desarrollado en la Universidad de Mánchester, como parte de un protocolo más amplio para el desarrollo de nuevos indicadores y para la revisión de los ya existentes⁴¹ que tengan como objetivo lograr las dimensiones clave de aceptabilidad, fiabilidad, y aplicación. El desempeño de un indicador existente debe ser evaluado en al menos cinco formas:

1. Tasa promedio de logro de resultados, la cual deberá ser alta
2. Tendencia reciente en la tasa de logro de resultados, para identificar los indicadores que han alcanzado los límites de los logros.
3. Extensión y tendencia en la variación de la tasa de logros
4. Media y tendencia en informes de excepción (exclusiones)
5. Extensión y tendencia en la variación de la tasa de excepción (exclusiones)

6.2 Eliminación de indicadores

Hay dos razones principales para eliminar un indicador existente de un conjunto de indicadores:

- Que la actividad que se mide en el indicador resulte en un daño significativo o consecuencias no deseadas
- Que exista un potencial limitado para nuevas mejoras en el indicador para la mayoría sustancial de consultas

La primera razón refleja la necesidad de responder a nueva evidencia de que la actividad medida por un indicador podría estar causando daño a los pacientes. La segunda razón refleja la necesidad de maximizar el beneficio para la salud en un conjunto básico de indicadores. Si se asume que se incluirá un número limitado de actividades en el conjunto nacional básico, en un momento dado, todos los indicadores existentes y los indicadores potenciales deben ser priorizados - al menos en parte - con base en un beneficio potencial para los pacientes. Cuando existen pruebas de que los logros de un indicador en particular han llegado a un tope.

⁴⁰ Reeves D, Doran T, Valderas JM, Kontopantelis E, Trueman P, Sutton M, Campbell SM, Lester H. Updating clinical performance frameworks: developing a rationale for removing indicators. *British Medical Journal*. 2010 Abr 6;340: C1717. doi: 10.1136 / bmj.c1717

⁴¹ Campbell SM, Kontopantelis E, Hannon KL, Barber A, M Burke, Lester HE. Framework and indicator testing protocol for developing and piloting quality indicators for the UK Quality and Outcomes Framework. *BMC Family Practice*. 10 Aug 2011; 12(1):85.

La decisión de eliminar un indicador estará basada en factores intrínsecos y contextuales. Los factores intrínsecos se refieren a las cuestiones planteadas anteriormente, por ejemplo: el potencial de mejora de la actividad específica o nueva evidencia de la validez del indicador. Los factores contextuales consideran el marco más amplio en el que el indicador está funcionando, incluyendo consideraciones normativas pertinentes. Los candidatos potenciales para eliminación pueden identificarse utilizando factores intrínsecos, con la decisión final de realizar la eliminación basándose en el contexto más general.

En ausencia de cambios en la base de evidencia, los factores intrínsecos pueden ser evaluados estadísticamente en términos de las tendencias en materia de desempeño de cada indicador y del beneficio neto previsto de continuar para incentivar. La evaluación del beneficio neto es particularmente adecuada para los indicadores relacionados con las intervenciones terapéuticas - por ejemplo, la prescripción de inhibidores de la ECA - pero en menor medida para los indicadores de 'proceso' - por ejemplo, la medición y revisión - en los que puede ser difícil cuantificar los beneficios para la salud.

7 Evaluación de impacto

7.1 Planificación de la evaluación del impacto

La implementación y la evaluación del impacto pueden llevarse a cabo de muchas maneras. Estas incluyen la evaluación experimental utilizando diseños aleatorios o cuasi-experimentales; evaluación observacional utilizando auditoría y seguimiento, estudios de casos descriptivos y estudios de casos comparativos; y la evaluación del proceso, que tiene como objetivo analizar la “Caja Negra” de la intervención para identificar posibles factores determinantes del éxito y el fracaso. El método elegido es a menudo pragmático para satisfacer las necesidades y el calendario de la intervención. Sin embargo, si se utilizará una evaluación de datos cuantitativos, se recomienda la asignación al azar siempre que sea posible. Sin embargo, se recomienda que, a la par de cualquier diseño experimental, se realicen procesos cualitativos o evaluaciones paralelas con el fin de comprender las determinantes y *tener en cuenta el contexto de la implementación; lo importante no es lo que funciona, sino dónde y por qué funciona.*

7.2 Evaluación del impacto cuantitativo

Como ocurre en el pilotaje de proyectos de indicadores, cuando los indicadores acordados finalmente se ponen en marcha, es importante que se habiliten sistemas de recopilación sistemática de datos sobre el uso de los recursos así como de los resultados que permitirán una evaluación formal del impacto y la revisión de indicadores tras un período de implementación.

Dependiendo de la disponibilidad de datos, la información, especialmente longitudinal, y los objetivos de cualquier evaluación del impacto, podrá encontrarse disponible para los investigadores una serie de métodos cuantitativos cuando realicen su evaluación del impacto en el precio o incluso otros resultados de interés a partir de la implementación de un conjunto de indicadores nacionales en ausencia de cualquier evaluación experimental. Estos incluyen enfoques basados en series temporales⁴² o técnicas econométricas más formales⁴³. Estos métodos se han aplicado en la evaluación del Marco de Calidad y Resultados de Reino Unido, como muestran los ejemplos. El objetivo principal es asegurar que el impacto específico de los indicadores se puede aislar de otras posibles determinantes de los resultados de interés. Por lo tanto, será necesario que todos los análisis cuantitativos sean diseñados con cuidado y que se cuente con la participación de expertos.

7.3 Evaluación del impacto cualitativo

La evaluación del proceso busca describir la iniciativa de mejora y el resultado, las medidas del proceso y de equilibrio que forman la estrategia de medición, es decir, la naturaleza exacta

⁴² Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM, Campbell S, Roland M, Salisbury C et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* (Investigación clínica ed.). 2011 Jul 9; 342 (7814). d3590. Disponible en: [10.1136 / bmj.d3590](https://doi.org/10.1136/bmj.d3590)

⁴³ Martin S, Smith PC, Dusheiko M, Gravelle H, Rice N (2010). Do Quality Improvements in Primary Care Reduce Secondary Care Costs? London: The Health Foundation. Disponible en: www.health.org.uk/

de la estrategia y qué inversiones (incluyendo las inversiones de tiempo) de recursos son obligatorias. Por ejemplo, podría incluir la evaluación de cada sitio piloto o la exposición real de cada Estado al conjunto básico de indicadores nacionales; por ejemplo, si el programa fue implementado como estaba previsto.

La evaluación de proceso evalúa las experiencias de los participantes, identifica los problemas que surgieron mientras se implementaron los cambios y describe las barreras y / o consecuencias no deseadas que experimentaron los equipos y cómo las superaron. Esto se lleva a cabo normalmente por medio de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.

8 Revisión de este manual

Los métodos para el desarrollo de indicadores de calidad pueden evolucionar con el tiempo, y las necesidades del contexto mexicano también pueden cambiar, por lo que esta guía se considera un documento 'vivo' o de trabajo en progreso. Debe ser revisado periódicamente por los propietarios finales (el Gobierno Mexicano) y, cuando sea posible, por los autores originales.

Lo ideal es que el período de revisión coincida con la frecuencia de la selección de temas para desarrollar nuevos indicadores. Esto puede ser anual, o con menos frecuencia.

9 APÉNDICES

Apéndice A. Documentos básicos para los participantes: Principios básicos Principios básicos de desarrollo de indicadores de calidad en México

Acordado y adaptado a partir de materiales proporcionados originalmente por NICE Internacional y la Universidad de Manchester [proyecto con fecha: mayo de 2016]

En este documento se ofrece un resumen de los principios básicos para el desarrollo de indicadores de calidad, para uso de todos los involucrados en su realización. En particular, debe ser comprendido por los miembros del Grupo de Trabajo de Estratégico coordinador, y por los Grupos de Trabajo Técnico que desarrolla los indicadores específicos.

Este resumen debe leerse junto con el Manual de Métodos y Procesos correspondiente, que describe el proceso de desarrollo de indicadores con mayor detalle y proporciona enlaces a la bibliografía pertinente.

Los indicadores deben medir los cambios en el comportamiento clínico o los resultados - directa o indirectamente

1. **Los resultados finales** (tales como la mortalidad o la satisfacción del paciente) pueden ser difíciles de medir o atribuir directamente a la calidad de la asistencia sanitaria, por una serie de causas.
2. **Los resultados clínicos intermedios o indirectos** (por ejemplo, presión sanguínea, nivel de colesterol) pueden utilizarse en representación de los resultados finales. Los resultados indirectos pueden reflejar cambios en los resultados finales - por ejemplo, se espera que la reducción de los niveles de colesterol den como resultado menos muertes cardíacas. Sin embargo, algunos resultados intermedios todavía pueden depender de factores fuera del control del profesional de la salud, tales como los factores socioeconómicos generales.
3. Las medidas de **proceso** (por ejemplo, la cantidad e idoneidad de los análisis de sangre) puede ser un tema más adecuado para el desarrollo de indicadores, si el propósito de la medición es influir en el comportamiento de los que prestan la atención: los procesos son comunes, bajo el control de profesionales de la salud, y pueden ser modificados con mayor rapidez. Los indicadores de proceso se pueden relacionar con los resultados, ya sea directamente (por ejemplo, mediante la evaluación de una intervención terapéutica) o

indirectamente (por ejemplo, con relación a un servicio o realización de un chequeo anual). Sin embargo, puede ser difícil identificar qué acciones han tenido una relación causal directa con el resultado final.

4. Al priorizar los indicadores, es necesario tener en cuenta el grado en el que se miden los mejores resultados para los pacientes. Los Grupos de Trabajo deberán asegurarse de que el conjunto de indicadores al que den prioridad, en general, refleje a) las mejoras reales y significativas para la salud, y b) una mejora en la conducta de los profesionales de la salud. Sin embargo, no todos los indicadores serán capaces de lograr ambos objetivos: por ejemplo, los pacientes no suelen valorar la reducción de su nivel de colesterol como un fin en sí mismo. Sin embargo, para un conjunto de indicadores sí sería importante en la evaluación.

Los indicadores indican, en lugar de hacer juicios definitivos sobre el desempeño

5. Los indicadores de calidad son sólo parte de una estrategia y un marco más amplios de mejora cualitativa, los cuales incluirán la acreditación, los procesos de auditoría y el apoyo al responsable de las mejoras cualitativas. Los indicadores no deben estar asociados exclusivamente con la búsqueda de errores, a menos que estén diseñados específicamente para ese fin.
6. Incluso en el limitado campo de la evaluación cualitativa, los indicadores no son la única herramienta normativa disponible. Los indicadores por lo general se basan en los números y las técnicas numéricas, pero también otras formas de evidencia son valiosas, como (protección de) la información proporcionada por los informantes de irregularidades clínicas.
7. A continuación se proporcionan las definiciones de los criterios clave para un conjunto de indicadores; algunos de estos se amplían en este documento.

Desarrollo de indicadores de calidad

- **Validez aparente / del contenido:** ¿En qué medida los indicadores representan con precisión el concepto objeto de la evaluación? ¿El indicador se basa en la evidencia (validez del contenido) y / o consenso (la validez aparente)?
- **Reproducibilidad:** ¿Serían desarrollados los mismos indicadores si se repitiera el mismo método de desarrollo?
- **Claridad:** ¿Los indicadores son descritos en términos claros y sin ambigüedades? ¿Se definen las variables que serán medidas? ¿Se describe la población de pacientes o el entorno clínico en el que los indicadores serán utilizados?

Aplicación de los indicadores de calidad

- **Aceptabilidad:** ¿Es aceptable el indicador tanto para los que están siendo evaluados como para quienes llevan a cabo la evaluación?
- **Factibilidad:** ¿Son válidos, fiables y consistentes los datos disponibles y pueden ser recopilados dentro de los recursos disponibles?
- **Confiabilidad:** ¿Los resultados son reproducibles al ser administrados por diferentes evaluadores (fiabilidad entre calificadoros)?
- **Sensibilidad al cambio:** ¿El indicador tiene la capacidad de detectar cambios en la calidad de la atención?
- **Validez predictiva:** ¿El indicador tiene la capacidad de predecir el resultado de la atención?

Los indicadores se basan en recomendaciones de las guías basadas en evidencias

8. El conjunto nacional de referencia de indicadores de calidad se deriva de las mejores pruebas disponibles, tales como las directrices CENETEC; las síntesis profesionales de la DGCES de las recomendaciones del CENETEC; otras fuentes internacionales acreditadas y los Estándares de Calidad.
9. Los Grupos de Trabajo no deberán revisar ni reevaluar la base de la evidencia primaria subyacente, aunque podrán considerar fuentes fidedignas de información adicionales si estos no fueran revisados de acuerdo con los lineamientos de la CENETEC, o si los lineamientos no hubieran sido actualizados.
10. En los casos donde no hay Estándares de Calidad preseleccionados (recomendaciones de alta prioridad que representan un excelente cuidado) en los lineamientos de la fuente, el Grupo de Trabajo utilizaría su experiencia para seleccionar las recomendaciones específicas que se pueden desarrollar en los indicadores.

Los indicadores deberán ser factibles

11. Idealmente, los indicadores deberán utilizar las recopilaciones de datos existentes. Sin embargo, algunos indicadores pueden requerir nuevas recolecciones de datos, nuevos

códigos clínicos (por ejemplo, códigos de lectura) en un conjunto de datos existente o puede haber una necesidad de un mejor registro de los datos en los sistemas existentes, por ejemplo, los resultados de cuidados secundarios en los sistemas de atención primaria.

12. Los Grupos de Trabajo podrán recomendar un indicador para mayor desarrollo y pruebas posteriores que no puedan ser implementadas de inmediato y que puedan no estar disponibles durante cierto período. En las primeras etapas, en particular, del desarrollo de un conjunto nacional de indicadores de referencia, es esencial un pilotaje de los indicadores en una selección de establecimientos de salud para asegurar su aceptabilidad entre los profesionales de la salud y comprobar si hay consecuencias no deseadas.

Apéndice B. Modelo del formulario de declaración de intereses

Antes de unirse a los Grupos de Trabajo Técnicos o Estratégicos o al Equipo de Apoyo Técnico, usted deberá declarar cualquier interés que tenga y que podría afectar a su calidad de miembro

¿Qué es una 'declaración de intereses'?

Es el proceso por el cual un miembro del Grupo de Trabajo registra los intereses comerciales o financieros que pudieran afectar su objetividad (por ejemplo, si llevan a cabo trabajo para la industria de la salud, o su organización recibe fondos de la misma). Estos podrían crear un conflicto de intereses y podrían afectar la independencia de cualquier indicador de calidad, y las herramientas relacionadas, con el que contribuyó la persona.

¿Por qué esto es importante?

La declaración de intereses ayuda a evitar preocupaciones públicas que se relacionen con la industria de la salud u otros intereses pertinentes que podrían influir indebidamente en el trabajo del indicador de calidad. Esto asegura que tales intereses se declaren abiertamente y públicamente. La declaración de tales intereses no necesariamente excluye a alguien de ser un miembro del Grupo de Trabajo, pero a la persona se le podría solicitar salir de la sala durante ciertas partes de una reunión en las que podría haber un conflicto de intereses.

Si los intereses de una persona son tan significativos que pudieran afectar su objetividad durante todo el desarrollo de un indicador de calidad (por ejemplo, si trabajan para una empresa de farmacéuticos o tienen un número importante de acciones en dicha empresa, o si su organización recibe fondos de una empresa farmacéutica), o incluso si la persona no recibe ningún beneficio personal de dichos intereses, es poco probable que a esa persona se le invite a unirse al grupo.

Definiciones

Industria de la salud: Cualquiera de las empresas, sociedades o personas involucradas con la fabricación, venta o suministro de tecnologías de la salud (medicamentos, equipos, etc.) que sean, o puedan ser utilizadas por el servicio de salud en el país.

Interés personal: Los pagos directamente a una persona por parte de la industria de la salud o asociaciones comerciales relacionadas (por ejemplo, a través del trabajo de consultoría, el trabajo de honorarios pagados o participación accionaria directa).

Intereses no personales: Pago que beneficia a un departamento u organización cuya responsabilidad gerencial recae en la persona, pero el pago no es recibido por dicha persona. Por ejemplo, una organización benéfica podría recibir patrocinio o becas educativas de empresas farmacéuticas, lo que podría considerarse como un factor que afectará la objetividad de las personas que trabajan para la organización.

Nombre:.....

¿Tiene algún interés que declarar?: Sí No

En caso afirmativo por favor indique a continuación cualquier interés que desee declarar:

.....

Apéndice C. Ejemplo de evaluación de un posible indicador de calidad

Nota de referencia por DGCEs:

Este es un ejemplo práctico completo del QOF en inglés.

Esta fue una **evaluación real** llevada a cabo para informar sobre la actualización de un indicador de proceso en el registro de la diabetes del paciente. El indicador sugerido por NICE se incorporó en el QOF (actualmente aparece como indicador DM 012). La redacción del indicador QOF especifica la clasificación de riesgo, tomada del lineamiento clínico de NICE sobre la diabetes tipo 2:

El porcentaje de pacientes con diabetes, en el registro, con un registro de exámenes de los pies y clasificación de riesgo: 1) de bajo riesgo (sensación normal, pulsos palpables), 2) mayor riesgo (neuropatía o ausencia de pulsos), 3) de alto riesgo (neuropatía o ausencia de pulsos más deformidad o cambios en la piel en úlceras previas) o 4) úlceras en pies, dentro de los 15 meses anteriores

| Área de Enfermedades Clínicas | Redacción sugerida del indicador | Umbral sugerido para activar el pago |
|---|--|--------------------------------------|
| DIABETES MELLITUS | El porcentaje de pacientes con diabetes con edad de 17 años o más con un registro de los hallazgos en las pruebas de sensibilidad del pie utilizando vibración o monofilamento de 10 g. (usando biotesiómetro o un diapasón calibrado), la palpación de pulsos del pie y la inspección de cualquier deformidad del pie en los 15 meses anteriores. | N/A |
| <p>¿Se están recolectando los datos relevantes? Si no es así, ¿cuál sería un nuevo sistema de recolección de datos y cuánto costaría?</p> <p>Datos locales: La revisión de estos indicadores requerirá revisiones a los sistemas clínicos y al software de Sistema de Análisis y Gestión de Calidad (SAGC). Para satisfacer el indicador, los registros deben incluir los hallazgos de los tres aspectos de la salud del pie: - Sensación (presente, reducida o ausente), pulsos (presentes, reducidos o ausentes) e inspección: (normal, úlcera anterior o deformidad, úlcera actual). Estos hallazgos deberán registrarse para ambos pies, de forma independiente.</p> <p>Además, el indicador también será incluido en la <i>Auditoría Nacional de Cuidado de Pies en la Diabetes</i> a partir de 2013.</p> <p>Finalmente, el <i>Centro Nacional de Desarrollo de Resultados en Salud</i> evalúa los ingresos hospitalarios de pacientes con diabetes en los que se realiza una amputación de extremidades inferiores.</p> | | |

¿Cuál es el razonamiento subyacente para la selección del indicador? Por ejemplo, ¿existe alguna base de evidencias publicada para apoyar la actividad en el indicador?

Sí, hay evidencia significativa en apoyo del indicador:

1. Una Iniciativa Conjunta sobre Pies en Diabetes del Reino Unido, Diabetes del Reino Unido, la Asociación de Diabetólogos Clínicos Británicos, la Sociedad de Atención Primaria de la Diabetes y la Sociedad de Podólogos y Podiatras. El Marco Nacional de Habilidades Mínimas para la Apertura de Servicios de Atención de Pies en Personas con Diabetes. Noviembre de 2006.

2. Lineamientos Clínicos de NICE; Diabetes tipo 2 - cuidado de los pies. Enero de 2004. página 31 en adelante; [Guía NICE- 10](#) (Diabetes tipo 2: Prevención y manejo de problemas en los pies) y [los Lineamientos NICE 119](#) (El pie diabético - tratamiento hospitalario de las personas con úlceras del pie diabético e infección).

¿Cada consulta de atención primaria en Inglaterra y Gales puede cumplir con este indicador?

Sí -tienen el software correspondiente y ya están recolectando datos sobre pacientes con DM en relación con pie diabético.

¿Están claramente definidos el indicador y la evaluación?

Sí - tres aspectos del cuidado de los pies: la inspección, el pulso y la sensación

¿El indicador puede estar influenciado únicamente por las actividades de atención primaria o depende de otros factores/intervenciones?

El primer supuesto es el caso - se trata de un proceso de evaluación de "pie diabético" durante las visitas regulares a consulta con médico general

¿Cuáles son las posibles consecuencias no deseadas (por ejemplo, para otras áreas del sistema de salud o de sectores no sanitarios)?

No se identificaron consecuencias mayores - La guía NICE recomienda que todas las personas con diabetes sean evaluadas cada año del riesgo de úlcera del pie. La inclusión de lo anterior en el QOF es realizable y alentará a los profesionales de la salud a considerar medidas adicionales necesarias para aquellos con un mayor riesgo de ulceración con el fin de prevenir la incidencia de la ulceración del pie y reducir las tasas de amputación de extremidades (*los resultados alcanzados a través de la realización del indicador de salida*).

Apéndice D. Protocolo propuesto para pilotaje del indicador

Datos de contacto para preguntas:

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

XXXXXXXXXX

Fecha: xx / xx / xxxx

Este protocolo se produjo como parte de un proyecto sobre la “Evaluación, Diseño e Implementación del Sistema Nacional de Monitoreo de Calidad de Atención”, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (www.iadb.org).

Este protocolo de pilotaje describe el proceso de pilotaje, que implicará 2 elementos principales: 1) trabajo en los indicadores pilotados, 2) entrevistas con el personal de las organizaciones piloto. El proceso de pilotaje se explica en la Sección 2 de este protocolo.

Este piloto representa el periodo de pilotaje de 6 meses a partir xx / xx / xxxx xx / xx / xxxx. Le estamos solicitando un Pilotaje de xx indicadores a través de xx áreas clínicas, como se describe en la Sección 3.

Información sobre el soporte de TI y las Reglas Comerciales para estos indicadores piloto en la Sección 4. Sin embargo, también le enviaremos más información sobre las disposiciones de TI en un manual por separado de TI en xx / xxxx.

¿Qué ocurre después de que se describe el período de pilotaje de 6 meses en la Sección 5 de este protocolo?

Contenido

| | Página |
|--|---------------|
| Prefacio | - |
| Contenido | 1 |
| Guía para el uso de este manual | 2 |
| Sección 1: Antecedentes y metas y objetivos del esquema de pilotaje | 2 |
| <ul style="list-style-type: none">• Breve resumen del proceso de pilotaje• Metas de Pilotaje | |
| Sección 2: Organizaciones participantes | 4 |
| <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo se seleccionaron las organizaciones? | |
| Lo que se le pide hacer | 4 |
| <ul style="list-style-type: none">• Acuerdo de confidencialidad• Indicadores piloto• Entrevistas | |
| Sección 3: Indicadores y guía/Contexto clínico | 6 |
| <ul style="list-style-type: none">• Introducción<ul style="list-style-type: none">➤ Lista de indicadores➤ Insuficiencia cardíaca/Infarto de miocardio | |
| Sección 4: Orientación de TI en los indicadores | 9 |
| <ul style="list-style-type: none">• Orientación para los indicadores• Extracción de datos | |
| Sección 5: ¿Qué ocurre después del piloto de 6 meses? | 10 |
| <ul style="list-style-type: none">• Línea de tiempo• Entrevistas y retroalimentación de las organizaciones | |

Guía para el uso de este protocolo

El protocolo se establece en 5 secciones:

- Sección 1:** Contiene un resumen de los antecedentes del piloto y sus metas.
- Sección 2:** Contiene un resumen de los Estados y organizaciones participantes y lo que se les pide hacer
- Sección 3:** Proporciona información acerca de los indicadores que usted estará pilotando
- Sección 4:** Proporciona una breve guía sobre el soporte de TI disponible para los indicadores, el trabajo con xxxx, la extracción de datos y los requisitos generales de información. Habrá un manual separado de TI en xxxx que explicará las reglas comerciales y recomendará los códigos ICD10 que se utilizarán para los indicadores pilotados.
- Sección 5:** Proporciona una visión general de lo que sucederá después del piloto

Sección 1: Antecedentes, metas y objetivos del esquema de pilotaje

Antecedentes

Desde septiembre de 2015, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) está trabajando con diferentes aliados para evaluar, diseñar e implementar un Sistema Nacional de Monitoreo de la Atención de Calidad. Los aliados incluyen: DGTI, DGIS, DGED, CENETEC, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular y PEID.

Este protocolo describe cómo probar proyectos piloto de indicadores en una muestra de las organizaciones y los pacientes antes de su inclusión en cualquier conjunto final de indicadores. El piloto evaluará el desempeño de estos proyectos de indicadores en términos de su viabilidad, aceptabilidad, fiabilidad, validez y las cuestiones de implementación, incluyendo el potencial de consecuencias no deseadas si se implementaran a nivel nacional.

El valor de pilotaje es similar a una 'visión realista', y es un proceso de aprendizaje que destaca los problemas potenciales que pueden ser abordados antes de que el indicador se implemente a nivel nacional.

Nos interesará saber qué personal de las organizaciones participantes analiza los indicadores a pilotar y qué se involucra al abordar los aspectos necesarios en la atención para implementar cada indicador pilotado. Visitaremos la organización después del período de pilotaje para averiguar su opinión acerca de los indicadores.

Después del proceso de desarrollo/pilotaje, los indicadores estarán sujetos a revisión por parte de un Grupo de Trabajo Estratégico (GET) integrado por representantes de las organizaciones mencionadas anteriormente.

Metas de Pilotaje

El Pilotar nuevos indicadores destaca la importancia de aprender de las experiencias del personal para abordar nuevos indicadores potenciales y de solicitar la opinión del personal sobre los indicadores. Nuestra meta es garantizar que el proceso de aprendizaje sea una vía de doble sentido y sea lo más abierta y transparente posible. Se trata de un piloto y queremos saber lo que usted piensa de los indicadores.

Plazos de pilotaje

Cada organización participante en este periodo de pilotaje habrá recibido una copia de este manual para el xx / xx / xxxx.

- **Este piloto se inicia el xx / xx / xxxx**

Después de haberle enviado este protocolo y los detalles de los indicadores a pilotar, esperaremos unas semanas (aproximadamente 4-6 semanas) antes de visitar la organización. Esto es con el fin de darle tiempo para analizar los indicadores y las Reglas Comerciales en conjunto con su organización y cómo prefieren abordar dichos temas.

A continuación, se fijará la meta de visitar cada organización xxxxxx

En esta visita, hablaremos sobre todo el proceso de Pilotaje, los indicadores pilotados y las Reglas Comerciales. También explicaremos los diarios de carga de trabajo y lo que sucederá durante toda la duración del piloto y después de éste.

Sin embargo, si usted tiene alguna pregunta o comentario antes de nuestra visita, por favor, póngase en contacto con nosotros (detalles en la página ¿?).

- **Este piloto termina el xx / xx / xxxx**

Resumen de Acciones clave / Plazos durante el Piloto de QOF: xxxx

| Acción | Fecha y hora |
|---|--|
| Cada organización participante que reciba y revise la 'Información del piloto y el Paquete de indicadores' e identifique cualquier duda | Para el xx/ xx/xxxx |
| Cada organización participante que reciba y revise el "Manual de TI" | Para el xx/xx/xxxx. |
| Reflexión | Período de reflexión para el personal de la organización para que analice los indicadores y Reglas Comerciales |
| El piloto inicia | xx/xx/xxxx |
| Visita a la organización por parte del equipo de investigación | Durante el xx/xx/xxxx |
| El piloto termina | xx/xx/xxxx |
| Visita para entrevista (véase más adelante) | Durante el Mes xx de 20xx |

Sección 2: Consultorios que participan

¿Cómo se seleccionaron los Estados y las organizaciones?

XX

Nota de referencia por DGCEs:

Campo para que la DGCEs complete y actualice información a medida que se acuerden los criterios de las consultas piloto.

Esto suele ser una parte fundamental del protocolo de pruebas, ya que las organizaciones querrán saber por qué están participando.

Lo que se le pide hacer

Acuerdo de confidencialidad

Usted ya ha firmado un acuerdo de confidencialidad. Gracias

Indicadores piloto

Le estamos pidiendo pilotar los indicadores xx xx a través de las xx áreas clínicas. Por favor, vea las secciones 3 y 4, respectivamente, para obtener más detalles.

Cuestionario (Cuestionario de Perfil de la organización)

Se ha pedido que un gerente en cada una de las organizaciones participantes complete un Cuestionario del Perfil. Este cuestionario incluye preguntas que crearán un perfil detallado de cada organización en términos numéricos (equivalente a tiempo completo y número de empleados) y tipos de personal (médicos, enfermeras, personal administrativo, personal de recepción y otros) que trabajen en la organización, así como los tipos de servicios que la organización ofrece.

Nota de referencia por DGCE:

Esto suele ser una parte fundamental del protocolo de pruebas. Permite análisis para la búsqueda de asociaciones entre las características de la organización y las puntuaciones de los indicadores; del mismo modo, posibilita el control de estos factores durante la evaluación del impacto.

Entrevistas

Las entrevistas con el personal se llevarán a cabo en las instalaciones de la organización después del periodo de prueba. Anticipamos que entrevistaremos a un alto directivo y a un médico que sean quienes más se involucren en el pilotaje en cada organización. Las entrevistas seguirán un enfoque abierto para explorar la experiencia de cada entrevistado del piloto. Se prevé que las entrevistas duren 45 minutos y se organizarán en un momento conveniente para el personal de la organización.

Nota de referencia por DGCE:

Esto suele ser una parte fundamental del protocolo de pruebas. Tenga en cuenta que en ausencia de tales entrevistas solamente se podrán evaluar la fiabilidad y viabilidad.

Sección 3: Los indicadores

Nota de referencia por DGCES:

Hemos dado un ejemplo de un piloto de QOF del Reino Unido, que sería sustituido en el protocolo final con el texto de la DGCES.

La expectativa sería que la DGCES proporcione la población para esta sección con los propios indicadores piloto de usted, a medida que se desarrollen con base en el manual de desarrollo de indicadores.

El propósito de esta sección es proporcionar una breve descripción de las razones detrás de los indicadores piloto y ponerlos en un contexto clínico.

Hay tres secciones y cada una sigue el mismo diseño, el cual proporciona información sobre el área clínica, la gestión actual, la orientación de políticas recientes y la base de evidencias que sustenta(n) el (los) indicador(es). En los casos pertinentes, se proporcionan enlaces web con los lineamientos CENETEC.

Los indicadores piloto

Nota de referencia por DGCEs:

Hemos dado un ejemplo de un piloto de un QOF del Reino Unido, haciendo referencia a los lineamientos NICE que serían reemplazados en el protocolo final con el texto de la DGCEs.

La expectativa sería que la DGCEs proporcione a la población, en esta sección, información sobre el área clínica, la gestión actual, orientación reciente sobre políticas y la base de evidencias que sustenta cada indicador nombrado.

EJEMPLO Insuficiencia cardíaca/Infarto de miocardio

Los indicadores que se le piden pilotar

1. El porcentaje de pacientes con insuficiencia cardíaca (diagnosticado después del 1/4/2011) con un registro de canalización a un programa de rehabilitación basado en el ejercicio.
2. El porcentaje de pacientes con un infarto de miocardio en los últimos 15 meses, con un registro de una canalización a un programa de rehabilitación cardíaca.

Se ha demostrado que la rehabilitación cardíaca aumenta la salud física y disminuye la morbilidad y la mortalidad posterior en personas con enfermedad coronaria. La evidencia sugiere que la rehabilitación cardíaca probablemente daría lugar a una reducción de los infartos de miocardio recurrentes y los ingresos subsecuentes no planeados después de la atención secundaria, así como un menor número de ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca.

Estos indicadores no especifican quién canaliza a la rehabilitación, reconociendo que la canalización puede haber sido accionada a partir de la atención secundaria.

Por favor, tenga en cuenta que el indicador de insuficiencia cardíaca es prospectivo.

Puede acceder a la guía NICE relevante en:

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13099/50514/50514.pdf> (Insuficiencia cardíaca)

y

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG48NICEGuidance.pdf> (infarto de miocárdio)

Las cuestiones clínicas particulares que nos gustaría que analizara durante este piloto son

1. ¿Quién debe hacer la canalización a la rehabilitación?
2. Si se canaliza por segunda vez y si alguien tiene un segundo infarto al miocardio y si es así, ¿en qué plazo?
3. Y si alguien se canaliza a la rehabilitación cardiaca después de un infarto de miocardio y luego desarrolla insuficiencia cardiaca ¿entonces le debe canalizar a un programa de rehabilitación basado en el ejercicio?

Sección 4: Orientación sobre TI para los indicadores

Se extraerán datos de cada organización para evaluar la fiabilidad y viabilidad.

La viabilidad se relaciona con la evidencia sobre si hay disponibilidad y recolección de datos en los sistemas actuales de información de las consultas con médicos familiares, y si está apoyada por métodos actuales de extracción de datos. La evaluación de la fiabilidad se centra en asegurar que la garantía de calidad sea reproducible. xxxxx escribirá una especificación para cada indicador y detallará cómo se extraerán los datos de los registros médicos electrónicos de pacientes. El Pilotaje habilita estas reglas de extracción de datos para ponerlos a prueba y para que se identifiquen los errores y se corrijan.

En xx del xxxx, recibirá más información acerca de los elementos de TI del Pilotaje. Esto incluirá:

- Un resumen de los procesos utilizados para desarrollar los conjuntos de Reglas Comerciales para los indicadores que se piloteen
- Información sobre los conjuntos de Reglas Comerciales y Códigos CIE-10 para cada condición/indicador Pilotado
- Información sobre la captura de datos y recomendaciones sobre cuáles códigos CIE-10 se deben usar

Como parte del piloto, habrá dos extracciones de datos planificadas de datos de resumen de su organización: Estos serán la extracción de datos inicial al xx/xx/xxxx y también la extracción final en xx/xxxx

Nota de referencia por DGCEs:

Este ejemplo es de un piloto de QOF del Reino Unido.

El protocolo para México deberá incluir información relevante: por ejemplo, si los datos serán extraídos y enviados electrónicamente o extraídos manualmente en un formulario, etc.

Pasos del proceso de extracción de datos:

xxxxxxxxxxxxxxxxxx

Plazos para la extracción de datos

1a. extracción de datos xx/xx/xxxx

Extracción de datos final xx/xx/xxxx

Sección 5: ¿Qué ocurre después de los 6 meses de pilotaje?

Entrevistas

La aceptabilidad e implementación de indicadores se evaluarán por medio de entrevistas semiestructuradas con médicos, enfermeras y personal administrativo involucrado en el pilotaje.

Las entrevistas con el personal se llevarán a cabo ya sea por teléfono o en las instalaciones de la organización después del periodo piloto, es decir, en las semanas siguientes al final del periodo de piloto respectivo. Las entrevistas seguirán un enfoque abierto para explorar la experiencia de cada entrevistado del piloto. Pero también tendremos algunas preguntas estructuradas sobre aspectos específicos de los indicadores pilotados. Las entrevistas tendrán una duración de unos 45 minutos. Esperamos entrevistar a un alto directivo y a un médico involucrado en el pilotaje, así como personal de enfermería, de ser necesario. Hablaremos más sobre las entrevistas en nuestra visita a la consulta dentro de unas semanas.