

DIÁLOGO REGIONAL DE POLÍTICA 2025

Hacia sistemas de salud de alto desempeño

➔ 10-11 de septiembre
Medellín, Colombia



Reporte final



Autores: Karla Schwarzbauer, Pedro Bernal, Emma Monin, Ana Mylena Aguilar, Sebastian Bauhoff, Emma Iriarte

Editora: Marisol Jara

Diseño gráfico: Alejandro Scaff

Copyright © 2026 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
Sesión uno: Perspectivas actuales sobre la calidad de los sistemas de atención primaria de salud en ALC	11
Sesión 2: ¿Qué es un sistema de salud de alto desempeño?	16
Sesión 3: La hoja de ruta para construir sistemas de salud de alto desempeño	21
Sección 4: Construyendo juntos el camino a seguir	41
Reflexiones finales: el viaje continúa	45
Anexos	47
- Agenda	
- Presentaciones	
- Fotografías	
- Video	
- Entrevistas	

Resumen ejecutivo

En septiembre de 2025, el Banco Interamericano de Desarrollo convocó el Diálogo Regional de Política **“Hacia sistemas de salud de alto desempeño”** en Medellín, Colombia, reuniendo a más de 110 participantes de 22 países, incluidos ministros, viceministros, altos funcionarios de salud, expertos técnicos y socios estratégicos. El Diálogo se centró en cómo los países pueden lograr mejores resultados de salud, mayor equidad, más confianza pública y una atención más eficiente. Del Diálogo surgieron varios mensajes clave, que destacan lo que los países deben hacer para pasar de alta cobertura a sistemas de salud de alto desempeño en la región.

Mensajes clave

El acceso por sí solo no se ha traducido en los resultados que las personas necesitan. Los países de América Latina y el Caribe han logrado avances importantes en la expansión de los servicios de salud: la mayoría de las mujeres recibe atención prenatal y atención del parto por personal calificado, la mayoría de los niños está vacunada y una gran proporción de la población vive cerca de un centro de atención primaria. Sin embargo, demasiados pacientes todavía reciben una atención fragmentada, tardía, poco coordinada o clínicamente inefectiva. **Siete de cada diez muertes evitables en la región están asociadas con una atención de baja calidad y no con la falta de acceso.** Esta brecha de calidad también genera costos económicos, debilita la confianza pública y limita la promesa de la cobertura universal de salud.

Los países deben rediseñar el funcionamiento de los sistemas de salud, no simplemente hacer más de lo mismo. Los proyectos aislados, los insumos adicionales y la capacitación de los proveedores no son suficientes. Los sistemas de salud suelen contar con infraestructura, guías clínicas, personal capacitado y datos sobre la prestación de servicios, pero aún carecen de los procesos integrados, el liderazgo, los incentivos y los mecanismos de rendición de cuentas necesarios para brindar una atención confiable. El desafío central es rediseñar los flujos de trabajo, las rutas de atención, las redes de servicios, los roles de los equipos y los sistemas de gestión para que produzcan mejores resultados de manera consistente.

Los sistemas de salud de alto desempeño requieren un enfoque sistémico de la calidad, anclado en la atención primaria. Un sistema de alto desempeño mejora la salud de la población, protege a las familias de dificultades financieras, utiliza los recursos de manera eficiente, genera confianza pública, se adapta a necesidades cambiantes y cierra brechas de equidad. Para lograrlo, los países necesitan servicios continuos, coordinados y centrados en las personas, con la atención primaria como base. También deben pasar de iniciativas fragmentadas de calidad hacia la **institucionalización de la calidad como una función central del sistema de salud.**

La hoja de ruta para la transformación combina cinco elementos que se refuerzan mutuamente. Los países necesitan una **visión compartida** con objetivos de calidad claros y medibles que alineen a formuladores de políticas, proveedores, pacientes, comunidades y socios. Deben **rediseñar la prestación, la organización y la gestión de los servicios** para que los modelos de atención apoyen los resultados que buscan alcanzar. Necesitan **implementar, aprender, adaptar y escalar** mediante datos, ciclos

de retroalimentación y mejora continua. Deben **institucionalizar la gobernanza y la rendición de cuentas** para que la calidad sobreviva más allá de campeones individuales y ciclos políticos. Y necesitan **sostener el progreso mediante políticas, financiamiento y capacidades** para que las mejoras formen parte del funcionamiento rutinario del sistema.

Las experiencias regionales muestran que la transformación es posible cuando el rediseño responde a las necesidades locales y recibe apoyo sostenido. Costa Rica rediseñó los servicios de salud para adolescentes mediante un modelo intersectorial que amplió el acceso a una atención amigable para adolescentes y contribuyó a reducir la fecundidad adolescente. São Paulo combinó mejoras en la infraestructura física con integración digital para fortalecer el acceso, la continuidad y la capacidad de respuesta de la atención primaria. La iniciativa HEARTS mostró cómo los enfoques estandarizados y basados en equipos para la hipertensión y la diabetes pueden mejorar el manejo de enfermedades crónicas a escala. Estos casos muestran que el rediseño funciona mejor cuando los países adaptan las soluciones a las necesidades locales, las integran en la atención primaria y las respaldan con una gobernanza sólida.

Los sistemas de salud deben pasar de una cultura centrada en señalar errores a una cultura de aprendizaje y mejora. La medición debe ayudar a los equipos a aprender y mejorar, no solo a evaluarlos o sancionarlos. El fracaso debe generar información para el rediseño, no culpa. Los trabajadores de la salud necesitan sistemas que les permitan sentirse orgullosos de su trabajo, no solo incentivos o presión. Los pacientes y las comunidades deben ayudar a diseñar mejores servicios, no solo recibirlos. **El aprendizaje debe convertirse en una función central de operación del sistema de salud, no en un lujo.**

La gobernanza convierte la calidad de una iniciativa temporal en una función sostenida del sistema. Los países necesitan estructuras de gobernanza que apoyen la mejora del desempeño y operen en los niveles nacional, regional y de establecimientos, con roles claros, líneas de rendición de cuentas, mecanismos de reporte y espacio para la adaptación local. La calidad debe incorporarse en leyes, regulaciones, presupuestos, procesos de acreditación y rutinas institucionales, en lugar de depender de campeones individuales o ciclos políticos. Una gobernanza sólida también requiere compromiso político visible, liderazgo distribuido y mecanismos que combinen rendición de cuentas con aprendizaje, para que los sistemas puedan remover barreras, adaptar estrategias y sostener la mejora en el tiempo.

El siguiente paso es convertir el entendimiento compartido en acción concreta. Los países no necesitan una receta única, y ningún modelo se ajustará a todos los contextos. Pero pueden avanzar alineándose en torno a objetivos compartidos, rediseñando la atención alrededor de las necesidades de las personas, incorporando el aprendizaje continuo, fortaleciendo la gobernanza e invirtiendo en las capacidades necesarias para un cambio duradero. La cobertura universal de salud solo cumplirá su promesa cuando brinde no solo acceso, sino una atención **efectiva, equitativa, confiable y de alta calidad para todos.**

Introducción



Introducción

La División de Salud, Nutrición y Población (HNP) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) celebró su Diálogo Regional de Política (DRP) anual, «Hacia sistemas de salud de alto desempeño», los días 10 y 11 de septiembre de 2025 en Medellín, Colombia. El Diálogo reunió a responsables políticos y decisores regionales para compartir las mejores prácticas y abordar los retos que plantea el desarrollo de sistemas de salud de alto desempeño que satisfagan eficazmente las necesidades de la población y ofrezcan resultados de salud medibles.

Si bien América Latina y el Caribe (ALC) han logrado avances significativos en la ampliación de la cobertura de los servicios de salud esenciales, las persistentes deficiencias en la calidad de los

servicios siguen socavando los resultados en salud y erosionando la confianza pública. Estudios estiman que aproximadamente siete de cada diez muertes evitables en la región —muertes que podrían prevenirse con una atención oportuna y eficaz— son atribuibles a la baja calidad de los servicios de salud (Kruk et al., 2018). Más allá de los impactos en la salud, la atención de mala calidad conlleva costos económicos sustanciales; las proyecciones sugieren que, para 2030, ALC podría perder hasta el 1 % del PIB potencial debido a la calidad inadecuada de la atención (Blake et al., 2018). Abordar estos desafíos requiere una perspectiva sistémica que vaya más allá de la simple provisión de recursos e insumos, con énfasis en el diseño, la gobernanza y la operacionalización de los sistemas de salud.



El Diálogo reunió a más de **110 participantes** de **22 países:**

Entre los participantes figuraron **cinco ministros, nueve viceministros y 41 directivos de alto nivel responsables de la prestación de servicios de salud y las redes de atención.** Los socios estratégicos fueron la OPS, el Institute for Healthcare Improvement (IHI), SURA, la University College London y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México.



Objetivos:

El objetivo general era debatir las mejores prácticas y los retos para crear sistemas de atención de alto desempeño que respondan a las necesidades de la población y produzcan mejoras cuantificables en la salud.

Los objetivos específicos fueron: 1) examinar las deficiencias en la calidad de la atención y los desafíos para abordarlas; 2) establecer un entendimiento común de los sistemas de salud de alto desempeño y sus elementos clave, destacando la integración del desempeño del sistema de salud, la atención primaria y las estrategias de calidad de la atención; 3) explorar enfoques estructurados para crear sistemas de salud de alto desempeño que respondan a diferentes contextos, y 4) promover el aprendizaje y la colaboración entre los países.

Estructura: El Diálogo, de dos días de duración, se estructuró como un recorrido a través de cuatro sesiones interconectadas.

DÍA 1
10 de septiembre

- » **En la primera sesión** se examinaron las deficiencias persistentes en materia de calidad en toda la región, se estableció una visión común de los retos actuales a partir de datos sobre la mortalidad evitable y los costos económicos, y se debatieron los retos de los enfoques actuales para abordar la calidad de la atención.
- » **La segunda sesión** exploró cómo son en la práctica los sistemas de salud de alto desempeño, desarrollando un vocabulario y un marco conceptual comunes para la calidad, con especial énfasis en la atención primaria como base para la prestación de servicios de manera eficaz.

DÍA 2
11 de septiembre

- » **La tercera sesión** presentó una hoja de ruta para construir sistemas de salud de alto desempeño que consta de cinco elementos clave (visión, rediseño, aprendizaje, gobernanza y sostenibilidad).
- » **La cuarta sesión** creó un espacio para que los participantes identificaran las áreas prioritarias para el aprendizaje, el intercambio y la creación conjunta como región en torno al desempeño de los sistemas de salud.

[Ver Anexo: Agenda](#)

A través de esta estructura secuencial —desde afrontar los retos hasta definir sistemas de alto desempeño, desde desarrollar una hoja de ruta hasta comprometerse a actuar—, el Diálogo Regional de Política generó tanto comprensión como impulso, dotando a los participantes de marcos, conexiones entre pares y compromisos concretos para traducir el diálogo en avances medibles hacia una atención de calidad para todos.



Discurso de apertura

La sesión inaugural contó con las intervenciones de **Ferdinando Regalia**, gerente del Sector Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); **Ana María Ibáñez**, vicepresidenta de Sectores y Conocimiento del BID (virtual); y **Jaime Urrego**, viceministro de Salud Pública de Colombia. Los ponentes subrayaron que, si bien América Latina y el Caribe han logrado avances notables en

las últimas décadas —con una cobertura más amplia, una infraestructura más sólida y una personal de salud en el sector de la salud más numerosa que nunca—, ampliar el acceso por sí solo no es suficiente. El reto ahora es garantizar que los sistemas de salud ofrezcan calidad, continuidad y eficacia, de modo que todas las personas reciban una atención oportuna y digna, independientemente de dónde vivan o de sus circunstancias.

“Siete de cada diez muertes evitables en nuestra región son atribuibles a la mala calidad de la atención, no a la falta de acceso. No se trata de una estadística. Son tragedias para las familias y una pérdida de confianza en los sistemas de salud”.



Ana María Ibáñez,

Vicepresidenta de Sectores y Conocimiento, BID



“Los sistemas de salud deben construirse con una visión a largo plazo, capaces de aprender y adaptarse a nuevos contextos y desafíos. La atención de calidad en el nivel primario es una base indispensable”.

Ferdinando Regalia,

Gerente del Sector Social, BID

“Debemos avanzar hacia sistemas de alto desempeño con enfoques territoriales, gobernanza participativa y sostenibilidad. El personal de salud es la columna vertebral del sistema”.



Jaime Urrego,

Viceministro de Salud Pública, Colombia

Panorama del diálogo

“La estrategia sin táctica es el camino más lento hacia la victoria. La táctica sin estrategia es solo ruido antes de la derrota”.

Sun Tzu

Emma Iriarte, especialista principal en salud del BID, abrió la sesión con esta cita de Sun Tzu, estableciendo el marco para combinar la visión estratégica con la implementación táctica. Destacó la importancia de abordar la transformación del sistema de salud desde una perspectiva nacional, reconociendo su complejidad inherente y asegurando que se aborden todas las dimensiones críticas para, en última instancia, construir el tipo de sistema que los países aspiran a tener: uno que ofrezca mejores resultados de salud, eficiencia, calidad, equidad y protección financiera. Recordó a los participantes que no existen fórmulas

prefabricadas, ya que el contexto, la cultura y las condiciones de cada país son únicos. Al presentar una visión general de las sesiones siguientes, esbozó el camino hacia la consecución de cinco resultados clave —mejor estado de salud, calidad, eficiencia, equidad y protección financiera— basados en principios rectores y estrategias viables.

Iriarte destacó que el desempeño del sistema de salud *no es un proyecto, ni una prueba piloto, ni un esfuerzo centrado en una enfermedad, sino un viaje a largo plazo hacia la construcción de sistemas coherentes y centrados en las personas*. El objetivo es establecer elementos fundamentales y fomentar debates significativos que conduzcan al consenso y a compromisos concretos, incluso si aún no están claras todas las respuestas. Con una fuerte voluntad nacional y el compromiso sostenido del Banco Interamericano BID, los países pueden comenzar a trazar un camino plurianual hacia sistemas de salud capaces de ofrecer resultados tanto a medio como a largo plazo.



Emma Iriarte, especialista principal en salud, BID

Sesión uno: Perspectivas actuales sobre la calidad de los sistemas de atención primaria de salud en ALC



Sesión uno: Perspectivas actuales sobre la calidad de los sistemas de atención primaria de salud en ALC

La metáfora de la orquesta: cuando las partes no forman un todo

La sala quedó en silencio cuando los músicos tomaron sus posiciones. Cada uno sostenía un instrumento que representaba una pieza vital del sistema de salud: gobernanza, liderazgo, recursos humanos, prestación de servicios, seguimiento y evaluación, y las personas. Pero cuando comenzaron a tocar, algo falló...

Los sonidos chocaban entre sí. Cada músico tocaba su parte a la perfección de forma aislada, pero juntos creaban discordia. Esta poderosa metáfora abrió nuestro diálogo: *un sistema solo surge cuando todas las partes trabajan en armonía, guiadas por una visión (ritmo) y un propósito compartidos.*



Introducción: Brechas en el desempeño y la calidad en América Latina y el Caribe

Javier Guzmán, Jefe de división Salud, Nutrición y Población (HNP) del BID describió el camino hacia un sistema de salud de alto desempeño como similar a escalar una montaña escarpada, una tarea exigente que requiere no solo llegar al campamento base, sino también alcanzar la cima. La región ha logrado avances notables en las primeras etapas:

El **91 % de las mujeres** reciben atención prenatal y asistencia calificada durante el parto.

El **90 % de los niños** están vacunados.

El **82 % de la población** vive a menos de 30 minutos de un centro de atención primaria.

Las brechas de equidad entre los quintiles socioeconómicos se han reducido considerablemente. Sin embargo, estos logros en materia de cobertura solo marcan el comienzo del ascenso. Guzmán destacó que, detrás de las impresionantes estadísticas, se esconde una realidad aleccionadora: el acceso no garantiza resultados de calidad. Siete de cada diez muertes

evitables en la región —376 000 al año— se deben a la mala calidad de la atención, no a la falta de acceso. Los proveedores de la atención en salud conocen el abordaje clínico correcto aproximadamente dos tercios de las veces, pero solo aplican esos conocimientos correctamente el 47 % de las veces, lo que revela una brecha fundamental entre el saber y el hacer que refleja un fallo del sistema más que una incompetencia individual.

“*La cobertura no es suficiente. Una mujer puede tener acceso a personal calificado durante el parto y, aun así, morir por una hemorragia posparto si la calidad de la atención es inadecuada*”.

Javier Guzmán, jefe de división, BID

La crisis de calidad en la atención primaria: La disfunción se manifiesta en cifras contundentes: el 45 % busca atención de urgencia para afecciones que pueden tratarse en la atención primaria; el 28 % espera dos meses o más para ver a un especialista; el 61 % cree que la atención primaria no coordina su atención; y una de cada cinco hospitalizaciones podría haberse evitado con una atención primaria adecuada. La confianza del público refleja esta realidad: solo el 20 % considera que el sistema es funcional y solo el 59 % confía en que recibiría una atención de calidad si enfermara gravemente.

Consecuencias económicas: Si persisten las actuales deficiencias en la calidad, la región podría perder hasta un 1 % del PIB para 2030 debido a la mortalidad evitable y la reducción del capital humano. En la actualidad, el 7,7 % de los hogares se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos que superan el 10 % de su presupuesto. Sin embargo, las mejoras en la eficiencia podrían aumentar la esperanza de vida en 3,5 años y ampliar la cobertura de los servicios en 6 puntos porcentuales.

La brecha fundamental: Guzmán articuló lo que la región tiene contrastado con lo que necesita: tenemos insumos y guías clínicas, pero necesitamos procesos integrados y gestión de

resultados. Contamos con personal clínicamente capacitado, pero necesitamos líderes que combinen la experiencia clínica con habilidades de gestión. Tenemos datos sobre la producción de servicios, pero necesitamos datos de calidad y mecanismos para el aprendizaje institucional. Contamos con servicios diseñados para la atención episódica, pero necesitamos sistemas para la continuidad del paciente. Contamos con iniciativas de calidad fragmentadas, pero necesitamos enfoques sistémicos. Esta brecha entre las capacidades actuales y las competencias necesarias definió el desafío al que se enfrentaban los participantes y sentó las bases para explorar vías hacia sistemas de salud de alto desempeño capaces de prestar no solo servicios, sino también una atención significativa, eficaz y equitativa.

Definición de alto desempeño

Guzmán esbozó seis características definitorias de los sistemas de salud de alto desempeño que guiarían la exploración del diálogo y que están estrechamente relacionadas con los objetivos de los sistemas de salud:

- **Calidad:** un sistema sanitario que mantiene y mejora constantemente la salud de la población.
- **Confianza pública:** la población debe tener confianza en la capacidad de su sistema de salud para satisfacer sus necesidades.
- **Adaptabilidad y resiliencia:** los sistemas deben evolucionar continuamente en respuesta a las necesidades cambiantes de la población; la reforma sanitaria no es un esfuerzo puntual, sino un proceso sostenido.
- **Equidad:** los sistemas deben cerrar las brechas persistentes en la atención y la calidad entre las distintas zonas geográficas y grupos de población.
- **Eficiencia y sostenibilidad:** los sistemas deben optimizar los recursos para maximizar los resultados sanitarios y seguir siendo viables desde el punto de vista financiero a lo largo del tiempo.
- **Protección financiera:** los sistemas de alto desempeño deben evitar que las personas incurran en gastos sanitarios catastróficos que puedan llevar a las familias a la pobreza.

Para concluir, Guzmán hizo hincapié en que la mejora de los resultados sanitarios requiere un enfoque a nivel de sistema. No basta con formar a los profesionales sanitarios o empoderar a los pacientes de forma aislada. La verdadera transformación exige una perspectiva interconectada, integrada y sistémica, que refuerce la coordinación entre todos los niveles de atención y garantice que todos los componentes contribuyan armoniosamente al objetivo común de mejorar la salud y el bienestar de todos.

“*No existe una receta única, ni una solución prefabricada que se adapte a todos los países. Pero estamos comprometidos a recorrer este camino juntos. Tenemos elementos claros sobre cómo ser estratégicos y proactivos, que estamos deseosos de compartir, y queremos reafirmar nuestro pleno compromiso de apoyar a la región en este recorrido*”.

Javier Guzmán, jefe de división, BID



Javier Guzman, Jefe de División, Salud, Nutrición y Población, BID

Los enfoques actuales sobre la calidad en los sistemas de salud no son suficientes

El Dr. Pedro Saturno Hernández, del Instituto Nacional de Salud Pública de México, cuestionó los supuestos fundamentales sobre la gestión de la calidad. Después de cuatro décadas de iniciativas de mejora, ¿por qué persisten las brechas, o incluso empeoran? Presentó datos aleccionadores: México lidera América Latina y el Caribe con 435 muertes evitables por cada 100 000 habitantes; incluso el desempeño de Costa Rica, que es el mejor de la región, tiene 141 muertes evitables por cada 100 000 habitantes, lo que supera los promedios de la OCDE. Cuando los países evaluaron las funciones esenciales de salud pública en la década de 2000, el aseguramiento de la calidad se clasificó sistemáticamente como la función menos atendida por los gobiernos: la Cenicienta de las prioridades sanitarias.

Tres errores conceptuales que socavan los enfoques de calidad

- 1. Fragmentación y escala limitada.** Décadas de proyectos aislados en enfermedades concretas, instalaciones individuales, protocolos específicos—han producido mejoras localizadas, pero nunca un impacto a nivel poblacional. Citando colaboraciones exitosas en España y Chile que generaron entusiasmo y resultados medibles, pero que nunca pasaron de ser proyectos piloto ni se institucionalizaron. «*Siempre nos preguntábamos: ¿cuándo se convertirá esto en algo esencial, rutinario y respaldado por todo el Ministerio, en lugar de reducirse a experiencias aisladas?*».
- 2. Unidimensionalidad.** La calidad se ha confundido con dimensiones únicas — primero la accesibilidad, luego la seguridad y, recientemente, la eficiencia— en lugar

de entenderse como algo intrínsecamente multidimensional. El intenso enfoque en la seguridad del paciente, aunque valioso, ha reducido la agenda de calidad. Como afirmó de manera provocativa, subrayando la importancia de la atención preventiva para la población: *«La atención más segura es la que nunca se presta, ya que así no se daña al paciente».* *La seguridad es muy importante para quienes acceden a los servicios, pero ¿qué hay de la eficacia, la equidad, la puntualidad y la capacidad de respuesta para toda la población?».*

3. Insumos ≠ calidad. Existe una tendencia persistente a equiparar los insumos, a menudo referidos como calidad estructural (más camas, médicos, equipos y formación), con una mejor calidad clínica y mejores resultados, asumiendo que más entradas, insumos y conocimientos profesionales se traducen automáticamente en una práctica adecuada. Sin embargo, los proveedores solo aplican los protocolos correctos el 47 % de las veces, a pesar de conocer el abordaje adecuado. Como destacó el Dr. Saturno: *«La estructura es necesaria, pero nunca suficiente. Se puede contar con profesionales altamente capacitados, pero si no aplican lo que saben, no es suficiente».*

Tres innovaciones esenciales para abordar las deficiencias de calidad

1. Pasar de la calidad de la atención clínica individual a la calidad de todo el sistema en todos los servicios, no solo en el tratamiento de enfermedades, sino también en la prevención, la promoción de la salud y la salud de la población.
2. Abordar todas las dimensiones simultáneamente en todos los niveles organizativos con indicadores adecuados para cada uno de ellos.
3. Elevar la calidad desde un atributo clínico a una función esencial de salud pública con profundas implicaciones para la equidad, la cobertura universal, los determinantes sociales, la sostenibilidad medioambiental y la seguridad sanitaria.

La necesidad de un enfoque sistémico para la calidad de la atención

Tras décadas de programas piloto, protocolos y círculos de calidad, la región ha acumulado una valiosa experiencia, sin una verdadera transformación. Como afirmó el Dr. Saturno:

“No podemos seguir esperando a que algún día se produzca la institucionalización. Debemos comenzar con la institucionalización, haciendo de la calidad un sistema visible, prioritario y completo, respaldado de forma transparente por los Ministerios de Salud”.

Pedro Saturno, INSP, México



La cuestión ya no es si sabemos qué requieren los sistemas de alto desempeño. La cuestión es si las autoridades sanitarias convertirán la calidad en el principio organizativo que debe ser y mantendrán ese compromiso a lo largo de los ciclos políticos y las prioridades contrapuestas. Como nos recuerdan a diario el 71 % de las muertes evitables, cualquier cosa menos que eso es incuestionable, inaceptable e injusto.

Sesión 2: ¿Qué es un sistema de salud de alto desempeño?



Sesión 2: ¿Qué es un sistema de salud de alto desempeño?

Construyendo sistemas de salud de alto desempeño en América Latina y el Caribe

“Cada músico se esforzaba al máximo para ser el mejor saxofonista o el mejor baterista. El resultado es la suboptimización: todos intentando dar lo mejor de sí mismos, y a menudo, por superar al de al lado. Así no funciona. La grandeza se construye aprendiendo juntos”.

Donald Berwick,
Institute for Healthcare Improvement (IHI)

La ponencia **del Dr. Donald Berwick**, del Institute for Healthcare Improvement (IHI), nos recordó una verdad fundamental que a menudo queda oculta por la complejidad institucional: la mejora de la atención en salud no consiste en esforzarse más, sino en aprender juntos. Basándose en décadas de experiencia global y en el trabajo que comenzó con los informes seminales del Institute of Medicine, presentó un marco convincente para la transformación anclado en seis dimensiones de la calidad: seguridad, eficacia, atención centrada en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad y, como él mismo expresó, *«la calidad, en pocas palabras, significa satisfacer las necesidades de las personas con el mínimo desperdicio, y estas dimensiones definen lo que es la excelencia»*.

Sin embargo, quizá su idea más provocadora fue cuestionar diez creencias persistentes pero equivocadas que impregnan nuestros sistemas cuando se plantean cambios sistémicos.

- 1. Más esfuerzo no basta: aprender y rediseñar los sistemas es la respuesta.** *«Todos los sistemas están perfectamente diseñados para producir los resultados que obtiene»*, enfatizó, instando a los participantes a dejar de culpar individuos y comenzar a rediseñar los sistemas.
- 2. La motivación extrínseca no es la clave del desempeño; las personas quieren sentir orgullo y alegría en su trabajo.** Las personas no se motivan principalmente por las recompensas o los castigos, sino que están intrínsecamente motivadas para hacer un buen trabajo, y los sistemas deben fomentar eso.
- 3. Las grandes partes no hacen un gran todo; los grandes sistemas logran grandes resultados.** La excelencia no se logra reuniendo a individuos heroicos, sino permitiendo que los equipos y los sistemas funcionen bien juntos.
- 4. La medición para juzgar hace daño; la medición para aprender ayuda.** La medición de la calidad no impulsa la mejora a menos que existan el propósito y la voluntad de aprender.
- 5. Presionar el sistema actual no mejoraría el desempeño, pero un rediseño radical sí lo haría.** Presionar más el sistema existente produce pocos resultados; el rediseño puede abrir el camino a un nuevo desempeño.
- 6. La calidad no cuesta más; es el camino hacia el éxito financiero.** La calidad no es un gasto adicional, sino una necesidad para reducir el desperdicio y hacer un uso más eficaz de los recursos existentes.
- 7. Los fracasos no deben evitarse, sino atesorarse.** Los fracasos, lejos de ser vergonzosos, pueden ser la clave para la mejora cuando se abordan a través de ciclos disciplinados de Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar.

8. La competencia no supera a la cooperación.

La cooperación y el aprendizaje compartido son los activos más valiosos para la mejora.

9. Las demandas de los pacientes no son insaciables, sino que aportan un conocimiento de alto valor.

Los pacientes son socios esenciales en el diseño de mejores sistemas de salud.

10. El aprendizaje no es un lujo, sino el camino hacia la mejora.

El aprendizaje no puede ser opcional: sin dedicar tiempo y espacio al aprendizaje, el desempeño no mejorará.

El Dr. Berwick dio vida a estos principios a través de historias de éxito regionales que demuestran lo que es posible cuando combinamos la clínica con métodos de mejora y un apoyo inquebrantable por parte de los líderes. Perú logró tasas de curación del 66 % para la tuberculosis multirresistente cuando, además de contar con 41 equipos de mejora basados en clínicas, el Ministerio de Salud decidió formar un equipo de mejora («Equipo 42») para eliminar las barreras sistémicas al tratamiento de la tuberculosis, transformando la percepción global de lo que se puede lograr en entornos con recursos limitados. En Ecuador, los enfoques sistemáticos para el

cuidado de la diabetes aumentaron las tasas de control del 20 % al 55 %. La colaboración de la Unidad de Cuidados Intensivos de Brasil redujo las complicaciones en más de 100 unidades mediante el aprendizaje compartido y la estandarización de las mejores prácticas.

Estos ejemplos comparten un ADN común: enfoques basados en el trabajo en equipo, aplicación sistemática de la ciencia de la mejora, rediseño radical en lugar de presión incremental y compromiso político firme. También encarnan un cambio de la motivación extrínseca a la creación de condiciones en las que los trabajadores sanitarios encuentran orgullo y alegría en su trabajo, un principio que el Dr. Berwick posicionó como fundamental para un cambio sostenible.

En su mensaje de cierre, propuso un proyecto cooperativo de 10 años para América Latina que tuvo un gran eco entre los participantes: desarrollar sistemas de salud de aprendizaje que logren mejoras sin precedentes juntos a través del «aprendizaje, el intercambio, la transparencia y la ambición». La visión es clara: pasar de proyectos aislados a una transformación sistémica, de la competencia a la cooperación, de la medición para juzgar a la medición para aprender.



Donald M. Berwick, Miembro del Real Colegio de Médicos (FRCP) es Presidente Emérito y Miembro Senior del Instituto para la Mejora de la Atención Médica (IHI).

Actividad en grupo: Retos para construir sistemas de alto desempeño en América Latina y el Caribe

Tras la presentación principal, se llevó a cabo una actividad grupal en la que los participantes debatieron sobre los retos que veían para

construir sistemas de salud de alta calidad en la región. Para guiar el debate, cada mesa recibió un tablero circular con los cinco elementos fundamentales de un sistema de alto desempeño y tarjetas que explicaban en qué consistían. A continuación, los grupos debatieron sobre los retos que tenían en cada país y luego consolidaron los retos comunes de los países del mismo grupo.

Elementos de los sistemas de alto desempeño Retos identificados



Atención centrada en las personas

Las personas y las comunidades están en el centro del sistema de salud, lo que garantiza que la atención sea respetuosa, responda a sus necesidades, sea culturalmente apropiada y promueva su participación activa en su propia atención.

- Los servicios no se adaptan de manera coherente a los contextos culturales y comunitarios.
- La participación de la comunidad y la implicación de los pacientes siguen siendo limitadas.
- Los modelos centrados en las personas se aplican de forma desigual y son difíciles de ampliar.
- Las barreras geográficas restringen el acceso, especialmente en las zonas rurales.



Prestación de servicios

La atención está organizada para ser fiable, continua, accesible y eficaz, adaptada a las necesidades reales de las personas y las comunidades.

- Atención fragmentada y mal integrada.
- Procesos y sistemas de información obsoletos.
- Capacidad limitada para prestar servicios integrales de atención crónica.
- Modelos de atención aún orientados hacia la atención episódica en lugar de la atención continua.



Medición, rendición de cuentas y aprendizaje

El sistema cuenta con métricas claras para los resultados de salud que pretende alcanzar y las utiliza de forma sistemática para mejorar, aprender, tomar decisiones y rendir cuentas.

- Sistemas de seguimiento y evaluación débiles y datos de mala calidad.
- Indicadores desalineados con las prioridades.
- Cultura de rendición de cuentas y aprendizaje limitada.
- Sistemas de datos fragmentados y no interoperables.



Recursos humanos para la salud

Equipos sanitarios médicos y no médicos competentes, coordinados y motivados, con funciones claras y condiciones de trabajo adecuadas.

- Funciones desalineadas, formación deficiente e incentivos insuficientes.
- Alta rotación y migración.
- Escasez persistente en profesiones clave.
- Bajos niveles de formación, educación continua y supervisión.



Gobernanza y liderazgo

Gobernanza con una visión clara, normas y responsabilidades para alinear a las partes interesadas y garantizar servicios equitativos; el liderazgo moviliza a los equipos, impulsa la mejora continua, utiliza datos y promueve la participación de la comunidad.

- Políticas obsoletas y sistemas fragmentados.
- Liderazgo, planificación y coordinación débiles.
- Compromiso político limitado e incentivos desalineados.



Panel de alto nivel sobre los retos para construir sistemas de alto desempeño en ALC

Tras la actividad, un panel de ministros de salud de la región debatió los retos estratégicos desde su perspectiva. El panel contó con la participación del **Excmo. Sr. Michael Darville**, Ministro de Salud y Bienestar de las Bahamas; **Bertrand Sinal**, Ministro de Salud Pública y Población de Haití; y **Rodolfo Montero**, Ministro de Salud y Deportes de Mendoza, Argentina. La moderación corrió a cargo de **Kavita Singh**, especialista líder en salud del BID.

El ministro Montero hizo hincapié en que los responsables de formular políticas deben centrarse en el diseño y la configuración adecuados del sistema, en lugar de considerarse «directores de orquesta» que lo dirigen todo. Destacó la necesidad de institucionalizar las políticas para que los sistemas de salud funcionen de manera eficaz, independientemente de los funcionarios temporales que ocupen el cargo.

“*Contamos con instrumentos que generan incentivos para los actores del sistema: incentivos para los pacientes, para los profesionales, para los financiadores, para los proveedores. Necesitamos diseñar y configurar sistemas que generen los incentivos adecuados para llevarnos a nuestros objetivos*”.

Rodolfo Montero,

Ministro de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza, Argentina

El ministro Sinal destacó que para lograr un sistema de salud de alto desempeño se requiere un liderazgo nacional fuerte, con los socios para el desarrollo desempeñando un papel de apoyo. Hizo hincapié en la necesidad de alinear a los socios con las prioridades nacionales, abordar la retención de los trabajadores de la salud y garantizar un acceso equitativo a pesar de los retos de seguridad que plantean las bandas armadas que afectan a tres de los diez departamentos de Haití.

“*Como ministro de Salud, me corresponde liderar la orientación del sector salud, mientras nuestros socios acompañan y respaldan estos esfuerzos. Esto refleja, en la práctica, el enfoque que promovemos en salud: liderazgo nacional con apoyo coordinado de los socios.*”

Bertrand Sinal,

Ministro de Salud Pública y Población, Haití

El ministro Darville destacó la importancia fundamental de establecer una atención primaria de salud universal sólida, sin pago en efectivo en el punto de servicio, antes de avanzar hacia la cobertura catastrófica. Identificó la digitalización para las naciones archipelágicas y la cooperación regional para abordar la «el éxodo del talento sanitario» de los trabajadores sanitarios como elementos esenciales para el fortalecimiento del sistema.

“*La cobertura universal de salud sin calidad no tiene sentido. No se puede pasar a la atención de alta complejidad sin antes asegurar una atención primaria sólida.*”

Hon. Michael Darville,

Ministro de Salud y Bienestar, Bahamas



Sesión 3: La hoja de ruta para construir sistemas de salud de alto desempeño



Sesión 3: La hoja de ruta para construir sistemas de salud de alto desempeño

Introducción a la hoja de ruta

La construcción de un sistema de salud de alto desempeño no es un destino, sino un viaje que requiere la integración de cinco elementos fundamentales: visión, rediseño, aprendizaje, gobernanza y sostenibilidad. Como destacó **Karla Schwarzbauer**, del BID, durante esta presentación, el no considerar cualquiera de estos componentes pone en riesgo la coherencia, la mejora continua y la sostenibilidad del sistema. Con la integración de estos cinco elementos se logra una atención de calidad para todos, eficiente, resiliente y fiable.

La hoja de ruta hacia sistemas de salud de alto desempeño representa un marco en el que cada elemento es interdependiente y se refuerza mutuamente. Los sistemas de salud producen exactamente lo que están diseñados para ofrecer; por lo tanto, lograr una atención de calidad, equitativa y fiable para las poblaciones a las que sirven requiere un diseño intencionado, una adaptación continua y un compromiso sostenido en todas las dimensiones.

Los cinco elementos de la hoja de ruta



1. Crear una visión compartida: alinea a todos los actores en torno a prioridades comunes con objetivos medibles, creando una responsabilidad compartida en todo el sistema. Sin esta base, las inversiones se desconectan y las reformas funcionan con objetivos contrapuestos.



2. Optimizar y rediseñar la prestación de servicios: reconoce que el desempeño actual refleja el diseño actual. Para lograr resultados diferentes se requiere un rediseño basado en evidencia de las redes de servicios, los

flujos de trabajo y los procesos operativos, y no meramente ajustes incrementales.



3. Implementar, iterar, aprender y escalar: desarrolla la capacidad de adaptación continua a través de ciclos de mejora iterativos, culturas de liderazgo que fomentan el aprendizaje en lugar de la culpa y sistemas de medición que guían la mejora en lugar de limitarse a registrar el desempeño.



4. Institucionalizar la gobernanza y la rendición de cuentas: incorpora la calidad en todas las funciones y alinea las políticas, los incentivos y los recursos con la mejora continua. Una gobernanza sólida garantiza que las iniciativas de calidad perduren más allá de las personas que las impulsan y los ciclos políticos.



5. Sostenibilidad a través de políticas, financiación y capacidades: garantiza mejoras duraderas mediante la creación deliberada de infraestructura institucional, mecanismos financieros sostenibles, asociaciones estratégicas y capacidades organizativas que mantienen el desempeño a lo largo del tiempo.



Karla Schwarzbauer, Sistemas de salud, sostenibilidad e innovación, ISM/IREM, BID



La integración como clave del éxito

Estos cinco elementos no funcionan de forma independiente, sino que forman un enfoque integrado. Una visión compartida sin la capacidad de rediseñar los servicios sigue siendo una aspiración. El rediseño sin aprendizaje se vuelve rígido e incapaz de adaptarse. El aprendizaje sin estructuras de gobernanza no puede escalarse. Y ninguno de ellos perdura sin una atención deliberada a la sostenibilidad.



Hoja de ruta 1: Crear una visión compartida y definir los objetivos conjuntos de calidad

Crear una visión compartida

«Antes de actuar, necesitamos saber adónde realmente queremos llegar», subrayó **Sebastian Bauhoff**, economista principal de salud del BID,

al presentar la brújula del capitán Jack Sparrow como la metáfora perfecta. A diferencia de una brújula normal que apunta al norte, la brújula de Jack apunta a «*lo que más desea en el mundo*». Esto es exactamente en lo que debemos trabajar con nuestra visión: una brújula que nos marque el rumbo, pero solo si somos capaces de identificarla, articularla y ponernos de acuerdo sobre ella.

Sin alineación, como advirtió Bauhoff, «*la aguja de esta brújula seguirá girando y no nos dará la dirección y la orientación que necesitamos para avanzar*». La visión define un deseo compartido entre las partes interesadas: dónde queremos que esté nuestro sistema de salud, el estado ideal, nuestras aspiraciones y prioridades comunes.

1. Evaluar la situación actual: Más que identificar las deficiencias, comprender «*las estructuras, las políticas y el contexto*» que determinan el desempeño. «*Se trata realmente de un análisis de*

los sistemas y de comprender qué es lo que, desde el punto de vista sistémico, obstaculiza el progreso».

2. Involucrar a las diversas partes interesadas:

«La visión no puede ser redactada únicamente por expertos técnicos». Involucrar a los líderes del Ministerio, los proveedores, los pacientes y el sector privado. «Conseguir que las personas adecuadas participen en todo este proceso no es solo una cuestión de responsabilidad, sino también de eficacia y sostenibilidad».

3. Crear conjuntamente la declaración de la visión:

aspiracional, centrada en las personas y realista.

4. Establecer objetivos de salud SMART:

Establecer objetivos específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados (SMART) para orientar el desempeño del sistema sanitario.

5. Identificar los ámbitos críticos y los cambios en los sistemas:

Participación de los pacientes, capacidad organizativa, modelos de atención. «Mantenga una perspectiva sistémica, porque todas estas temas son muy complejas y no existen por sí solos. Interactúan entre sí».

6. Establecer y realizar un seguimiento de los indicadores clave:

Equilibrar los indicadores de resultados con los indicadores del sistema. «Deben ser significativos y aplicables, y apoyar la rendición de cuentas y el aprendizaje a medida que avanzamos».



Sebastian Bauhoff, economista principal en salud, BID

Actividad de visión compartida: titulares de periódicos de 2030

Para concretar lo abstracto, los participantes crearon periódicos del año 2030 en los que se anunciaba una visión colectiva inspiradora, pero factible, de lo que podrían lograr los sistemas de salud. Para la actividad, los grupos tuvieron que deliberar sobre lo que diría la portada de un periódico en 2030 sobre los logros de sus sistemas de salud, junto con resultados medibles.

Los participantes crearon diferentes titulares que ilustraban lo que imaginaban y aspiraban para sus sistemas de salud en el futuro.



Según uno de los participantes, el ejercicio reveló que «cuando escribimos el titular que queremos ver, empezamos a comprender lo que hay que cambiar hoy».

“ Este es el primer paso de la hoja de ruta. Y es fundamental, por supuesto, porque el primer paso es, en cierto sentido, el comienzo del viaje, la base de todo lo que sigue ”.

Sebastián Bauhoff, economista líder de salud, BID



De la visión a la acción

Basándose en las ideas anteriores sobre los retos actuales y el marco de la hoja de ruta, **Ana Mylena Aguilar**, especialista principal en salud del BID, planteó una transición fundamental: el viaje de la visión a la acción exige más que compromiso, requiere replantearse cómo diseñamos y prestamos la atención sanitaria. Recordó a los participantes las diez creencias erróneas, que el Dr. Berwick había cuestionado, y destacó que esforzarse más dentro de sistemas defectuosos solo produce frustración, mientras que aprender y rediseñar los sistemas produce transformación.



Ana Mylena Aguilar, especialista líder en salud, BID

Resumen gráfico de la sesión 1



[Ver Anexo: Imágenes del resumen gráfico](#)



Hoja de ruta 2: Optimizar/rediseñar la prestación, la organización y la gestión de los servicios para alcanzar los objetivos de calidad

¿Cómo traducir los objetivos de calidad compartidos en cambios concretos en la prestación de servicios, la organización y la gestión? El reto es enorme: incluso cuando los países acuerdan objetivos ambiciosos, como reducir las muertes maternas evitables o mejorar el control de la diabetes, alcanzar esos objetivos requiere algo más que protocolos y formación. Exige un rediseño del sistema que aborde el acceso, potencie la calidad y la seguridad como principios organizativos estratégicos y reduzca el desperdicio como catalizador de la transformación organizativa.

¿Por qué rediseñar y qué herramientas se pueden utilizar?

Paulo Borem, del Instituto para la Mejora de la atención en Salud (IHI), argumentó en su presentación que mejorar el desempeño del sistema sanitario en América Latina requiere ahora pasar de simplemente ampliar el acceso a **convertir la calidad en LA estrategia central** de la prestación de servicios y la gestión del sistema. El punto de partida es crear una visión compartida de la calidad, creada conjuntamente con las partes interesadas, los pacientes y las familias, pero convertir esa visión en realidad exige rediseñar el sistema en lugar de presionar al actual. La visión que articuló como principio rector fue el marco de la “triple meta”, que consiste en mejorar simultáneamente la salud de la población, mejorar la experiencia del paciente y reducir los costos per cápita. Basándose en Deming, la experiencia del IHI y la ciencia de la mejora, Borem hizo hincapié en que cada sistema está perfectamente diseñado para obtener los resultados que produce actualmente; por lo tanto, un cambio significativo requiere un rediseño, no una formación aislada o exhortaciones.

Un tema clave fue **la primacía del diseño del**

sistema sobre el esfuerzo individual. «El 95 % de los resultados del sistema se derivan de cómo está diseñado el sistema, no del desempeño individual». Esto desafía el reflejo común de culpar a los proveedores por los malos resultados y redirige la atención hacia las estructuras, los incentivos y los procesos que dan forma a su trabajo. Por lo tanto, los líderes deben centrarse en reducir las variaciones injustificadas, simplificar los procesos y eliminar el desperdicio. La variación clínica, como la aplicación inconsistente de los protocolos o las grandes diferencias en las tasas de cesáreas, crea un ciclo autorreforzado de errores, ineficiencias y malos resultados. Para romper este ciclo es necesario estandarizar la atención y los procesos. La reducción del desperdicio, la eliminación de pasos innecesarios, retrasos, duplicaciones e ineficiencias, no surge como un ejercicio de recorte de gastos, sino como una palanca estratégica que mejora simultáneamente los resultados de los pacientes, aumenta la satisfacción del personal, reduce los costos y fortalece la resiliencia del sistema.

Basándose en la experiencia de Brasil, Borem ilustró cómo **abordar las prioridades para reducir la variación debería comenzar, idealmente, tanto en el ámbito clínico como en el operativo.** Las prioridades clínicas pueden impulsar un cambio en todo el sistema cuando se abordan de forma sistemática. Las áreas de interés que destacó —la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la mejora de los resultados quirúrgicos, la optimización del flujo de los servicios de urgencias, el fortalecimiento de la salud materno-infantil y las prioridades operativas para mejorar la eficiencia hospitalaria, entre las que se incluyen la tasa de rotación de camas y la duración de la estancia hospitalaria— no son retos técnicos aislados, sino que han demostrado aumentar la capacidad hospitalaria sin necesidad de construir nuevos hospitales. Todas ellas son puntos de partida para una transformación cultural que puede extenderse a todo el sistema sanitario.

La ciencia de la mejora puede ser un acelerador de resultados, ya que los sistemas sanitarios no pueden esperar años para reducir la mortalidad materna, los retrasos quirúrgicos

o las infecciones nosocomiales. Herramientas probadas como el mapeo de la cadena de valor, las reuniones informativas, las rondas de liderazgo y el Modelo de Mejora ayudan a los equipos a detectar problemas ocultos, experimentar rápidamente y mantener los avances.

Por último, Borem destacó el papel del **liderazgo y la comunicación**. Los líderes deben cultivar la seguridad psicológica, evitar exigir un éxito que obligue a las personas a ocultar los fracasos, empoderar a los equipos para que encuentren soluciones y **dar ejemplo del valor necesario para rediseñar el sistema**. Al reducir la variación, eliminar el desperdicio, optimizar la comunicación y centrar la calidad como estrategia, los países pueden mejorar la salud de la población, mejorar la experiencia de los pacientes y reducir los costos simultáneamente, cumpliendo así la triple meta.

“ Si siempre se exige el éxito, las personas se sentirán obligadas a ocultar los fracasos ”.

Paulo Borem,

Institute of HealthCare Improvement (IHI)



Paulo Borem, Institute of HealthCare Improvement (IHI)

Rediseño de servicios en la práctica: tres estudios de caso de la región

El panel que siguió dio vida a estos principios a través de tres ejemplos de rediseño de la prestación de servicios adaptados a las necesidades y contextos específicos de la población.

Costa Rica: un modelo intersectorial para abordar la fertilidad adolescente

Patricia Jara, especialista líder del BID, presentó la estrategia integral de Costa Rica para reducir el embarazo adolescente, un desafío con profundas implicaciones sanitarias, sociales y económicas. La intervención no consistió en un único programa, sino en un rediseño multidimensional de la forma en que la atención primaria se relaciona con los adolescentes. Entre los elementos clave se encontraban la ampliación de los horarios de consulta, la creación de horarios de atención adaptados a los adolescentes para garantizar la privacidad y la confidencialidad, la impartición de educación sobre salud sexual y reproductiva con materiales didácticos, la implementación de instrumentos de detección de riesgos, la garantía de la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y reversibles (incluidos implantes subdérmicos, DIU, inyectables y preservativos) y el desarrollo de estrategias educativas complementarias, incluida la educación entre pares.

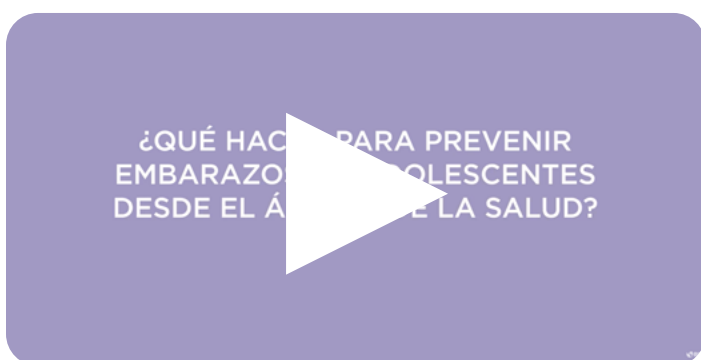
Es fundamental señalar que el modelo era intersectorial desde su diseño y creaba una cartera de servicios que debían prestar a los adolescentes diferentes instituciones (salud, educación, bienestar infantil) en función de su evaluación de riesgos y sus necesidades. Para que el trabajo intersectorial fuera eficaz, el modelo también incluía mecanismos de coordinación a nivel local, regional y central, y un sistema de información para hacer un seguimiento de los casos y los servicios que debían prestar las diferentes instituciones.

Los resultados fueron significativos: la fertilidad de los adolescentes disminuyó en un 22 % en comparación con la línea de base, acompañada de mejoras cuantificables en el acceso a la información, el uso de anticonceptivos y la percepción de los adolescentes sobre los servicios de salud sexual y reproductiva. El modelo logró la sostenibilidad a través de la institucionalización: se añadieron métodos anticonceptivos a la lista oficial de medicamentos de la Caja Costarricense, se integraron los sistemas de información en la plataforma sanitaria unificada, se formalizaron los cambios normativos y se garantizó el seguimiento y la adaptación continuos mediante estructuras de gobernanza descentralizadas con equipos de mejora continua de la calidad.

El modelo demostró que 68 000 adolescentes recibieron consultas clínicas sensibles gracias a un enfoque implementado con el apoyo de 11 áreas de salud y 124 equipos de atención primaria en los distritos más pobres del país, adaptando las políticas nacionales a las realidades territoriales locales.



[Más información sobre el modelo de fertilidad adolescente de Costa Rica.](#)



Modelo integral digital/ físico de atención primaria de São Paulo

Marcelo Takano, del Ministerio de Salud de São Paulo, presentó un reto diferente: cómo rediseñar la atención primaria para ofrecer un acceso oportuno y equitativo a los servicios en la ciudad de São Paulo, una ciudad de 11 millones de habitantes

que se enfrenta a profundas desigualdades sociales y sanitarias. Para ello, la ciudad puso en marcha una importante iniciativa para modernizar tanto la infraestructura física como las bases digitales de su sistema de atención primaria.

Con el apoyo del BID, la ciudad amplió y mejoró su red de atención: en los últimos años se añadieron 13 nuevos centros de urgencias, 10 nuevas unidades de atención primaria y 88 instalaciones renovadas. Esta inversión también permitió el mayor ciclo de acreditación de la calidad de la atención primaria en el sector público de Brasil, con la certificación de 368 unidades de atención primaria, basada en normas internacionales para incorporar una cultura de calidad y seguridad del paciente en todo el sistema.

Paralelamente, São Paulo diseñó un ambicioso modelo «físico-digital» para conectar de manera más eficaz a los pacientes, los proveedores y los servicios. En lugar de sustituir el software existente, la ciudad creó un repositorio de datos unificado que integra 84 sistemas de información diferentes y ya ha procesado más de 1500 millones de eventos sanitarios. Esta plataforma da soporte a una red de telesalud en expansión con casi 20 000 profesionales, más de 2 millones de teleconsultas y una aplicación dirigida a los ciudadanos con 3,4 millones de usuarios activos.

El enfoque tiene como objetivo reforzar, y no sustituir, la atención presencial. Los canales digitales ofrecen orientación oportuna para necesidades urgentes menores, ayudan a los pacientes a participar más activamente en su propia atención y promueven la inclusión digital, incluso para las personas con discapacidad. Para los trabajadores sanitarios, las nuevas herramientas, como el visor clínico y los resúmenes asistidos por IA, facilitan el acceso a la información de los pacientes, el seguimiento de los indicadores clínicos y la respuesta rápida a los problemas que surgen.

En conjunto, estas reformas físicas, innovaciones digitales y sólidas prácticas de gestión de la calidad han hecho que el sistema sanitario de São Paulo sea más integrado, centrado en el paciente y receptivo, lo que se refleja en encuestas independientes que nombran al SUS como el mejor servicio público de la ciudad. El modelo

muestra cómo los grandes sistemas urbanos pueden mejorar su desempeño ampliando las redes con normas de calidad claras, utilizando herramientas digitales para reforzar (no sustituir) la conexión humana, equilibrando la atención programada y la urgente, y protegiendo el tiempo de consulta adecuado. Como destacó Takano, la verdadera transformación digital debe generar confianza, corresponsabilidad y acceso universal.

[Más información sobre la transformación digital de la salud en São Paulo](#)



Enfoque HEARTS para rediseñar la atención primaria para personas con enfermedades no transmisibles

Esteban Londoño, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presentó la iniciativa HEARTS, un poderoso ejemplo de cómo los enfoques estandarizados para el manejo de las enfermedades crónicas pueden adaptarse y ampliarse a diversos contextos. Es fundamental destacar que Londoño enmarcó HEARTS no como un programa vertical de enfermedades, sino como una iniciativa de mejora de la calidad de la atención primaria que fortalece los sistemas de salud al tiempo que aborda la principal causa de muerte evitable en la región.

La magnitud y el impulso de HEARTS son notables: 28 países están implementando activamente el programa, 33 países se han comprometido a implementarlo, más de 10,000

centros de atención primaria participan en él y 6 millones de pacientes están inscritos, aunque Londoño hizo hincapié en que esto es solo el comienzo. La urgencia es innegable: de todas las muertes por enfermedades no transmisibles, un tercio se debe a enfermedades cardiovasculares (ECV). Cada día, 6000 personas mueren por ECV en la región, y el 70 % de estas muertes se atribuyen a la mala calidad del desempeño del sistema sanitario.

Londoño fue directo en su diagnóstico: «*El problema radica en cómo funciona el sistema y cómo se organizan los servicios de atención primaria*». HEARTS aborda esta cuestión mediante una vía clínica estructurada y simplificada que guía el tratamiento basado en la evidencia de la hipertensión y la diabetes, pero el verdadero reto —y la oportunidad— es desarrollar estrategias de implementación que funcionen en el contexto único de cada país.

Dos países ejemplifican lo que se puede lograr con una voluntad política y una gobernanza sólidas. El Salvador y la República Dominicana han logrado una implementación eficaz y reducciones cuantificables en la carga de enfermedades cardiovasculares mediante marcos de gobernanza que involucran al liderazgo a nivel presidencial y ministerial. Esto subraya un tema recurrente a lo largo del diálogo: el cambio sostenible requiere un compromiso político que trascienda a los promotores individuales y se arraige en las estructuras institucionales.

[Más información sobre HEARTS en las Américas.](#)



Conclusiones clave: principios para



el rediseño

De las presentaciones y los debates surgieron varias ideas transversales:

En primer lugar, el rediseño debe centrarse en el paciente y en la equidad. Tanto Costa Rica como São Paulo tuvieron éxito porque comenzaron por comprender las barreras específicas a las que se enfrentaban sus poblaciones objetivo: adolescentes que tomaban decisiones delicadas en materia de salud o residentes urbanos que luchaban por acceder a una atención oportuna y de calidad. Las soluciones se adaptaron en consecuencia, sin imponerse de manera uniforme.

En segundo lugar, la integración es esencial. Ya sea integrando los sectores de la salud y la educación (Costa Rica) o integrando la prestación de atención física y digital (São Paulo), la fragmentación es enemiga de la calidad. Los sistemas de alto desempeño conectan los silos tradicionales: especialidades clínicas, niveles de atención, sectores y tecnologías.

En tercer lugar, la gobernanza y la institucionalización sostienen los logros. Los ejemplos lograron incorporar los cambios en las estructuras formales: listas de medicamentos actualizadas, centros acreditados, sistemas de información integrados y equipos descentralizados de mejora de la calidad. Esto garantiza que las reformas sobrevivan a las transiciones de liderazgo y a los ciclos políticos.

En cuarto lugar, la tecnología amplifica el buen diseño, pero no puede compensar el mal diseño. Los protocolos automatizados para la sepsis en Brasil y la gestión digital de las enfermedades crónicas en São Paulo mejoraron el impacto, pero solo porque respaldaban estrategias clínicas y organizativas bien concebidas.

En quinto lugar, el aprendizaje y la adaptación deben ser continuos. Todos los ponentes hicieron hincapié en la importancia del seguimiento, los ciclos de retroalimentación y la voluntad de ajustarse en función de la evidencia.

Por último, **la reducción de desperdicios es una prioridad estratégica, no solo una cuestión de**

costos. El planteamiento de Paulo Borem fue contundente: eliminar los procesos innecesarios, los retrasos y las ineficiencias no solo ahorra dinero, sino que mejora los resultados de los pacientes, aumenta la satisfacción del personal y refuerza la resiliencia organizativa para responder a los retos futuros.

Cuando los participantes se dividieron en grupos de trabajo para aplicar estas lecciones a sus propios contextos, se cristalizó un entendimiento común: **el segundo hito de la hoja de ruta —optimizar y rediseñar la prestación de servicios— no se refiere a mejoras marginales dentro de las estructuras existentes. Se trata de re-imaginar con valentía cómo se organiza, gestiona, y experimenta la atención,** guiándose por objetivos de calidad claros y anclándose en las realidades vividas por las poblaciones atendidas.

Actividad en grupo. Diario del paciente: rediseñar la atención desde la perspectiva del paciente

Tras las presentaciones, los participantes trabajaron en grupos en una actividad diseñada para rediseñar la prestación, la organización y la gestión de los servicios desde la perspectiva del paciente. Los equipos nacionales recibieron un estudio de caso sobre Rosa, una paciente con hipertensión que se mueve por el sistema sanitario, junto con tarjetas estratégicas para la organización y la gestión de la prestación de servicios, y un tablero en el que incluir las estrategias que eligieron para el rediseño.

La metodología de cuatro pasos guió a los participantes a: (1) leer el caso de Rosa e identificar los sentimientos y frustraciones de la paciente, (2) diseñar estrategias en tres dimensiones: QUÉ hacer (prestación de servicios), CÓMO hacerlo (gestión) y DÓNDE prestar los servicios (organización de los servicios) basándose en las tarjetas proporcionadas (3) identificar las condiciones necesarias para la implementación, y (4) imaginar cómo se sentiría el paciente con el rediseño en marcha.

Los debates plenarios revelaron prioridades como planes de salud personalizados, ampliación



del horario con telemedicina, historias clínicas electrónicas interoperables, modelos de pago basados en la calidad, disponibilidad de medicamentos, equipos multidisciplinares y guías de práctica clínica con funciones definidas. Los equipos hicieron hincapié en las condiciones habilitadoras fundamentales: atención integrada y completa, enfoques centrados en la persona, competencias en análisis de datos, humanización de la atención y educación de la comunidad.

En la clausura final se hizo hincapié en que Rosa representa a millones de latinoamericanos que se beneficiarán del trabajo colaborativo de rediseño, que transforma principios abstractos de calidad en mejoras concretas en la prestación de servicios basadas en la experiencia del paciente y el pensamiento sistémico.



Hoja de ruta 3: Implementar, iterar, aprender y escalar

El tercer elemento de la hoja de ruta aborda quizás el reto más preocupante de la transformación del sistema sanitario: ¿cómo pasar de éxitos esporádicos a una mejora sostenida en todo el sistema? La historia está plagada de proyectos piloto que se mostraban prometedores pero nunca se ampliaron; innovaciones celebradas en conferencias pero abandonadas a los pocos meses, e iniciativas de calidad que florecieron bajo el impulso de sus promotores pero se marchitaron cuando cambió el liderazgo.

Esta sesión comenzó con un replanteamiento fundamental: *la implementación no consiste en ejecutar un plan fijo, sino en aprender juntos cómo avanzar*. Esto requiere aceptar la iteración, desarrollar la capacidad institucional para la reflexión y la adaptación, y crear estructuras que permitan que el conocimiento fluya más allá de los límites de la organización.

Actividad en grupo: el desafío del malvavisco



Esta sesión comenzó con el desafío del malvavisco, un ejercicio de formación de equipos que sirvió como una poderosa metáfora de la relevancia del aprendizaje en los sistemas de salud. Para el ejercicio los equipos de los países recibieron 15 palitos de espagueti, cinta adhesiva, cuerda, tijeras y un malvavisco, y tuvieron 18 minutos para construir la estructura independiente más alta con el malvavisco en la parte superior.

El ejercicio reveló lecciones fundamentales sobre el cambio de sistemas. Los equipos ganadores hicieron hincapié en la importancia de una base sólida (paralela a una atención primaria sólida), el uso eficaz de los recursos limitados, la confianza en las soluciones del equipo y la planificación deliberada. Los equipos que tuvieron dificultades a menudo dedicaron demasiado tiempo a debatir enfoques sin probar prototipos, lo que refleja los

sistemas de salud que planifican sin cesar sin implementar ni aprender.

Los facilitadores establecieron conexiones explícitas con la mejora del sistema sanitario: la urgencia de los resultados deja poco tiempo para el aprendizaje, pero este es esencial; la deliberación y el consenso son difíciles cuando todo el mundo tiene ideas; el trabajo colectivo requiere colaboración; los sistemas necesitan una adaptación constante; unas directrices claras permiten la innovación; y la sostenibilidad requiere mantener los logros a lo largo del tiempo, no solo alcanzar los objetivos iniciales.

El desafío demostró que mejorar el desempeño del sistema sanitario, al igual que construir una torre, requiere equilibrar la planificación con la iteración rápida, aprovechar las diversas fortalezas del equipo, aprender de los fracasos y reconocer que trabajar con recursos limitados exige creatividad y priorización, sin esperar a que se den las condiciones perfectas para actuar.



¿Qué es un sistema de salud que aprende?

Meike Schleiff, de la University College London, presentó, basándose en la teoría y la evidencia, lo que distingue a los sistemas de salud que mejoran continuamente de los que se estancan. Hizo hincapié en que «*los sistemas de salud que aprenden no se definen por tener mejores datos o personas más inteligentes, sino por incorporar el aprendizaje sistemático en el trabajo diario de la prestación de cuidados*».



Meike Schleiff, UCL

Schleiff presentó un marco organizado en torno a tres dimensiones del aprendizaje de los sistemas de salud.

En primer lugar, el aprendizaje opera en múltiples niveles: el aprendizaje individual y en equipo basado en la evidencia, la experiencia y la intuición; el aprendizaje organizativo que capta el conocimiento institucional; y el aprendizaje a nivel de sistema (interorganizacional) que integra las lecciones aprendidas en las políticas y las reformas.

En segundo lugar, el aprendizaje se produce a través de diferentes ciclos: los ciclos simples implican ajustes diarios en las prácticas y los procesos para resolver problemas inmediatos; los ciclos dobles cuestionan si estamos haciendo las cosas correctamente y fomentan la apertura a la innovación; y los ciclos triples examinan fundamentalmente cómo aprendemos e impulsamos los cambios culturales y de capacidad en todo el sistema.

En tercer lugar, el aprendizaje requiere condiciones específicas que lo hagan posible: información sólida y análisis de datos; espacios de deliberación donde las partes interesadas puedan compartir conocimientos; y capacidad del sistema, es decir, la infraestructura y los recursos humanos necesarios para absorber el aprendizaje y actuar en consecuencia.

Estas dimensiones subrayan una idea fundamental: *«desarrollar la capacidad de aprendizaje es tan importante como desarrollar la capacidad clínica»*. La formación de los proveedores en el tratamiento de la hipertensión es necesaria, pero insuficiente; los sistemas también deben desarrollar su capacidad para supervisar si se siguen los protocolos, comprender por qué el cumplimiento puede ser subóptimo, probar soluciones y perfeccionar los enfoques basados en la evidencia.

Tres capacidades fundamentales distinguen a los sistemas de salud que aprenden: **Crean seguridad psicológica:** entornos en los que los equipos pueden probar cambios, informar de problemas y compartir fracasos sin temor a ser castigados. Como destacó el Dr. Berwick el día anterior, *«el miedo es el enemigo del aprendizaje»*. Cuando el personal tiene miedo de reconocer lo que no funciona, los sistemas no pueden adaptarse. **Establecen una infraestructura para la mejora iterativa:** procesos estructurados como los ciclos Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PDSA) que permiten probar rápidamente los cambios a pequeña escala antes de su adopción generalizada. **Facilitan el aprendizaje horizontal,** creando mecanismos para el intercambio entre pares y la resolución colaborativa de problemas entre centros que se enfrentan a retos similares.

Aprendizaje e iteración en la práctica: dos estudios de caso de la región

Aprendizaje centrado en el paciente: el enfoque de SURA para el cuidado de la diabetes

Carlos Andrés Agudelo, de SURA, presentó cómo el análisis profundo de los datos de los pacientes y los ciclos de retroalimentación continua, permitieron un rediseño radical de la atención de la diabetes. El viaje de SURA comenzó con un rompecabezas: a pesar de invertir en programas de control de la diabetes y garantizar la disponibilidad de medicamentos, las tasas de hospitalización por complicaciones relacionadas con la diabetes seguían siendo elevadas. El análisis inicial culpó al incumplimiento de la medicación, pero una investigación más profunda reveló que el problema era mucho más complejo.



Mediante el análisis sistemático de los recorridos de los pacientes —no solo los indicadores clínicos, sino **también las barreras sociales, conductuales y logísticas** a las que se enfrentaban—, SURA descubrió que muchos pacientes no podían acudir a las citas porque no tenían familiares que los acompañaran, no podían permitirse el transporte o tenían conflictos con sus horarios de trabajo. Otros tenían dificultades con los regímenes de medicación, no porque no dispusieran de los medicamentos, sino por el consumo de alcohol, dificultades cognitivas o la falta de comprensión de la importancia del tratamiento.

Esto llevó a un rediseño fundamental del servicio: llevar la atención a los hogares de los pacientes cuando las visitas a la clínica eran imposibles, crear vías de atención diferenciadas basadas en las necesidades individuales de los pacientes e incorporar el apoyo conductual en la atención clínica. Fundamentalmente, SURA invirtió en capturar y analizar las conversaciones entre los pacientes y los equipos de atención, convirtiendo los conocimientos cualitativos en información útil para la mejora continua.

Agudelo destacó una lección que se repitió a lo largo del diálogo: «No podemos entender por qué los pacientes no siguen los planes de tratamiento

solo mirando lo que ocurre dentro de las clínicas. Debemos examinar el contexto completo de sus vidas». Esto requiere humildad, reconocer que las suposiciones de los proveedores a menudo son erróneas, e invertir en una infraestructura de escucha de la que carecen muchos sistemas de salud. Los resultados fueron convincentes: mejora del control glucémico, reducción de las hospitalizaciones y mayor satisfacción de los pacientes. Pero quizás lo más valioso fue el cambio cultural: SURA creó una organización que no teme afrontar y gestionar los errores, comprueba rigurosamente las suposiciones y aprende y se adapta continuamente basándose en la evidencia.

Visita de campo: Atención a personas con diabetes en IPS SURA San Diego

Como evento previo a la conferencia, alrededor de 40 participantes tuvieron la oportunidad de visitar el IPS SURA San Diego, que se especializa en la atención ambulatoria de personas con diabetes. Allí, todos los participantes tuvieron la oportunidad de conocer el modelo de atención y, a continuación, se dividieron en grupos para aprender más sobre su enfoque de gestión basada en resultados, las herramientas digitales para la gestión de la salud y su ecosistema de formación para el desarrollo del personal sanitario.

SURA ha desarrollado un modelo de atención integrada para personas que viven con diabetes, que combina la gestión avanzada de riesgos, equipos interdisciplinarios, la transformación digital y una red de servicios articulada. A partir de los datos de alrededor de 177 000 personas con diabetes confirmada, el modelo utiliza análisis predictivos y aprendizaje automático para identificar, segmentar y estratificar el riesgo, lo que permite intervenciones oportunas y personalizadas. Los pacientes son atendidos por equipos de atención multidisciplinarios —médicos generales expertos, especialistas, enfermeros y profesionales de apoyo, como psicólogos, nutricionistas, terapeutas de rehabilitación y podólogos— que siguen vías

de atención diferenciadas en función de si el paciente está controlado, descontrolado o descompensado, con un fuerte énfasis en la continuidad y la coordinación de la atención. El modelo también reconoce diferentes perfiles de pacientes —informados, creyentes, despreocupados y dependientes— y adapta las estrategias de comunicación y adherencia para fomentar el autocuidado y la continuidad del tratamiento.

Un pilar central es la transformación digital, que actúa como un facilitador clave: los registros médicos electrónicos estructurados, las herramientas de apoyo a la toma de decisiones, los paneles de control de la salud de la población, la autoprogramación, la educación basada en WhatsApp y los sistemas de alerta facilitan la gestión de cohortes, la anticipación de riesgos y el apoyo continuo al paciente. Paralelamente, la formación de capital humano se apoya en un ecosistema de aprendizaje continuo que refuerza las competencias clínicas, tecnológicas e interpersonales. SURA promueve el microaprendizaje, la tutoría, la formación externa y múltiples formatos educativos para desarrollar capacidades y reducir las brechas que socavan la calidad del servicio.

Los resultados muestran mejoras en el control metabólico, menos complicaciones y una mayor satisfacción tanto entre los pacientes como entre los equipos de atención. No obstante, siguen existiendo retos, como lograr una red de servicios totalmente integrada, gestionar a los pacientes que no cumplen el tratamiento y estandarizar los criterios clínicos.

En general, la visita al IPS SURA San Diego ayudó a ilustrar una visión moderna y centrada en la persona de la atención sanitaria, en la que la combinación de datos, talento humano

calificado y herramientas digitales permite una atención más segura, oportuna y eficaz para las personas con enfermedades crónicas complejas. Más importante aún, la visita ofreció evidencias tangibles de cómo los principios teóricos de la hoja de ruta —visión compartida, rediseño estratégico, aprendizaje continuo, gobernanza institucionalizada y sostenibilidad— se materializan en la práctica clínica diaria, lo que constituye un valioso estudio de caso para los retos a los que se enfrentan los sistemas de salud de la región.



Coaching para la calidad: el trabajo de Hombro a Hombro en Honduras


Karla Perla, de Hombro a Hombro, que coordina un gestor descentralizado de atención primaria de salud en Honduras, presentó un enfoque innovador para desarrollar la capacidad de mejora en entornos de atención primaria con recursos limitados en las zonas rurales de Honduras. El modelo se centra en el desarrollo de habilidades de mentoría en los mandos intermedios para orientar la mejora de la calidad, en lugar de la formación tradicional, reconociendo que la transferencia de conocimientos por sí sola no cambia la práctica, pero que la tutoría continua y el apoyo práctico sí pueden hacerlo.

Karla Perla hizo hincapié en que, aunque muchas decisiones se toman a nivel central, el éxito de un sistema de salud depende en última instancia de los trabajadores de primera línea —personas con emociones, limitaciones y vocación— que son los responsables de poner en práctica los cambios, a menudo en condiciones difíciles.

Al comienzo del programa de coaching, los equipos locales se enfrentaban al miedo, la incertidumbre y la resistencia al cambio. Sin embargo, el coaching se convirtió en una herramienta valiosa para ayudarles a organizarse, innovar con recursos limitados y trabajar en colaboración, demostrando una auténtica asociación. Este enfoque condujo a mejoras tangibles: los tiempos de respuesta de los resultados de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino se redujeron de más de 60 días a menos de 30, la cobertura aumentó, la satisfacción de las pacientes mejoró y los equipos desarrollaron una coordinación interna más sólida. Estas mejoras se han mantenido a pesar de retos como la rotación de personal, los recursos limitados, la elevada demanda de pacientes y los procesos burocráticos.

Entre las lecciones aprendidas, Karla Perla destacó la importancia de la comunicación eficaz con los pacientes, la empatía, la supervisión continua y el aprendizaje colaborativo. Ella enfatiza que los ciclos de mejora son

oportunidades de aprendizaje y no ocurren por sí solos. El proceso de coaching fortaleció el liderazgo, la gestión y el compromiso del equipo, recordando a los participantes que un sistema de salud no es solo una estructura física, sino que está compuesto por personas.

 [Más información sobre el coaching de mandos intermedios en Honduras.](#)

Conclusiones clave: principios para iterar, aprender y escalar

Varias ideas transversales se cristalizaron a lo largo de las presentaciones: **El aprendizaje debe ser continuo e integrado, no episódico.** Los sistemas de alto desempeño crean foros regulares (reuniones de equipo, revisiones de casos, reuniones de mejora de la calidad) en los que el aprendizaje se convierte en una parte rutinaria del trabajo. **El fracaso aporta datos para aprender, no para culpar.** Cuando los equipos temen ser castigados por reconocer los problemas, los ocultan hasta que se convierten en crisis. Cuando el fracaso se replantea como una oportunidad para aprender, los problemas salen a la luz pronto, cuando son más fáciles de resolver.

El aprendizaje horizontal acelera la difusión. La transferencia de conocimientos más poderosa se produce cuando los profesionales aprenden de otros profesionales, no cuando los expertos dan lecciones desde la distancia. **El contexto es muy importante.** El escalamiento requiere adaptación, no replicación: tomar los principios básicos y rediseñarlos para que se ajusten a las realidades locales. La infraestructura facilita el aprendizaje. **Los sistemas de datos que proporcionan información oportuna,** tiempo protegido para la reflexión, apoyo de coaching y plataformas para el intercambio entre pares son facilitadores esenciales de la mejora. Por último, se requiere **paciencia y persistencia.** Los sistemas que se comprometen con el desarrollo de capacidades a largo plazo acaban superando a los que persiguen ganancias rápidas a través de iniciativas esporádicas.



Hoja de ruta 4: Institucionalizar la gobernanza y la rendición de cuentas para impulsar el alto desempeño y la calidad del sistema

Historia de dos ciudades: el poder del liderazgo

Rashad Massoud, director de Salud Global de IQVIA, comenzó con un provocativo experimento mental que captó inmediatamente la atención de la sala. Presentó a los participantes una austera elección: imaginar dos ciudades con recursos, infraestructura y personal de salud similares, pero con resultados muy diferentes. En una ciudad, los sistemas sanitarios funcionan sin problemas, los pacientes reciben atención oportuna y el personal trabaja en colaboración para alcanzar objetivos comunes. En la otra, reina la disfunción: retrasos, fragmentación, frustración y muertes evitables.

«Mi pregunta para ustedes es: ¿en qué ciudad quieren vivir?», preguntó Massoud. La respuesta era obvia, pero su pregunta siguiente fue al corazón del propósito del diálogo: «¿Qué marca la diferencia? Una gobernanza con claridad en la visión y en lo que constituye el éxito. Un liderazgo que marque la dirección y empodere y apoye a todos los niveles. La responsabilidad de implementar lo mejor posible las capacidades de cada uno».



Rashad Massoud, Jefe de Salud Global en IQVIA

Vídeo Historia de dos ciudades

No se trataba de retórica teórica. La «historia de dos ciudades» de Massoud se basaba en su propia experiencia observando sistemas de salud que tenían éxito o fracasaban no solo por los recursos, sino por la calidad de las estructuras de gobernanza y liderazgo. El contraste era visceral, un recordatorio de que los sistemas de salud de alto desempeño no se construyen por accidente, sino por diseño, sostenidos por decisiones deliberadas de gobernanza y el compromiso del liderazgo en todos los niveles.

Diez principios para institucionalizar la calidad

Diez principios basados en la evidencia para institucionalizar la gobernanza y la responsabilidad por la calidad, extraídos de décadas de experiencia global en el apoyo a la transformación de los sistemas de salud:

- 1. Pasar de programas verticales a un desempeño de calidad a nivel de sistema.** Las iniciativas fragmentadas específicas para cada enfermedad, aunque valiosas, no pueden sustituir a los enfoques integrados y sistémicos de la calidad.
- 2. Desarrollar una política y estrategia nacional de calidad** que establezca un pequeño número de objetivos nacionales ambiciosos en materia de salud, aborde la equidad como parte integral de toda mejora, capacite a los profesionales de todos los niveles, involucre a los pacientes y las comunidades, y cree estructuras nacionales, regionales y locales para impulsar su implementación.
- 3. Incorporar el aprendizaje y la adaptación como parte integral de la implementación,** no como algo secundario. Los sistemas que aprenden continuamente superan a los que se implementan de forma rígida.
- 4. Fomentar la seguridad psicológica en el lugar de trabajo** y cultivar la apertura para probar cambios e informar de los resultados, incluidos los fracasos, sin temor a represalias.
- 5. Garantizar la preparación del sistema de información sanitaria para el tratamiento de datos en tiempo real,** la anotación, la agregación

y la supervisión multinivel. Los datos deben servir para el aprendizaje y la mejora, no solo para la rendición de cuentas.

6. Proporcionar apoyo al liderazgo y resolución de problemas en todos los niveles. Los líderes deben ser visibles, accesibles y participar activamente en la eliminación de barreras.

7. Celebrar y recompensar los logros. El reconocimiento es muy importante, tanto para las personas como para los equipos, y mantiene el impulso.

8. Garantizar el apoyo financiero y del liderazgo que indique que la calidad es una prioridad genuina, no solo un lenguaje aspiracional.

9. Aprovechar los avances tecnológicos para apoyar la implementación, pero nunca permitir que la tecnología sustituya la conexión y el juicio humanos.

10. Separar las actividades de garantía de calidad de las de mejora. La inspección y el apoyo requieren mentalidades, estructuras y conjuntos de habilidades diferentes; mezclarlas debilita ambas.

Massoud hizo hincapié en que estos principios no son pasos secuenciales, sino elementos interconectados que deben funcionar en armonía, al igual que los músicos de la actuación inicial, cuyos instrumentos, cuando se coordinaban, producían una música hermosa en lugar de una cacofonía.

Liderazgo en acción: voces de tres países - Panel de alto nivel sobre gobernanza para sistemas de alto desempeño

Tras la presentación de Rashad, un panel de ministros de salud de la región debatió los elementos clave de la gobernanza para orientar y fomentar el desempeño del sistema sanitario. Este panel ministerial dio vida a los principios de Massoud a través de las experiencias vividas por tres países en diferentes etapas de maduración de sus sistemas sanitarios, revelando tanto los retos

universales como las estrategias específicas de cada contexto que definen una gobernanza exitosa en materia de calidad.

El Honorable Kevin Bernard, Ministro de Salud y Bienestar de Belice, habló con una franqueza desarmante sobre las realidades de mantener la mejora de la calidad en una pequeña nación que se enfrenta a recursos limitados y a una rotación crónica de la personal de salud. Su mensaje central resonó en toda la sala: *«La calidad no puede ser la prioridad de una administración y ser olvidada por la siguiente. Debe institucionalizarse en nuestras leyes, nuestros presupuestos y nuestra cultura».*

Belice ha trabajado deliberadamente para incorporar normas de calidad en los procesos de acreditación y establecer equipos de mejora continua de la calidad a nivel de las instalaciones. Sin embargo, Bernard reconoció las dificultades actuales, en particular la retención de la personal de salud en un país pequeño donde los profesionales cualificados suelen ser contratados en el extranjero, y la necesidad persistente de un apoyo externo durante la vulnerable fase de institucionalización, cuando los sistemas se están construyendo pero aún no son autosuficientes.

Bernardo Martorell, subsecretario de Redes Sanitarias de Chile, presentó una arquitectura de gobernanza más madura en la que la calidad se integra en la estructura de la gestión de la red sanitaria. Chile ha establecido unidades de calidad formales a nivel nacional, regional y de los centros, con líneas de responsabilidad claras y mecanismos de información periódicos que crean transparencia sin paralizar la actividad.

La idea clave de Martorell abordó una tensión a la que se enfrentan todos los sistemas de salud: *«Establecemos normas y objetivos nacionales, pero las regiones y los centros deben tener la flexibilidad necesaria para adaptar las estrategias a sus contextos. La rendición de cuentas sin empoderamiento genera resentimiento; el empoderamiento sin rendición de cuentas genera caos».* La experiencia de Chile demuestra que las estructuras de gobernanza pueden evolucionar de informales a formales, de voluntarias a obligatorias, pero esta maduración requiere paciencia, inversión sostenida y un respaldo político inquebrantable por parte de todas las administraciones.



Víctor Atallah, ministro de Salud Pública de la República Dominicana, ofreció quizás el ejemplo más llamativo de cómo el compromiso político de alto nivel transforma las posibilidades de gobernanza. Describió cómo la República Dominicana ha elevado la calidad a una prioridad presidencial, con la supervisión directa de los más altos niveles del Gobierno, lo que permite una rápida movilización de recursos, una toma de decisiones ágil y una coordinación de todo el Gobierno que sería imposible sin ese respaldo.

La observación de Atallah corta en el centro del por qué los marcos de gobernanza tienen éxito o fracasan: «*Las estructuras de gobernanza por sí solas son insuficientes: deben estar habitadas por líderes que crean genuinamente en la visión y estén dispuestos a luchar por ella*». Los esfuerzos de la República Dominicana para reducir las enfermedades cardiovasculares mediante la implementación de HEARTS ejemplifican este enfoque, con marcos de gobernanza que se extienden sin fisuras desde la presidencia hasta los ministerios y los centros de atención primaria, lo que demuestra que la voluntad política, cuando es genuina y sostenida, puede superar la inercia burocrática y las limitaciones de recursos.

Puntos en común: lo que funciona en todos los contextos

A pesar de los contextos muy diferentes —una pequeña nación insular, un país de ingresos medios descentralizado a nivel regional y una nación con un fuerte liderazgo presidencial centralizado—, surgieron varios temas importantes:

La gobernanza debe ser multinivel y estar interconectada. Los tres países han establecido estructuras que abarcan los niveles nacional, regional y de las instalaciones, con funciones, responsabilidades y canales de comunicación claros. La calidad no puede gestionarse únicamente desde el centro; exige un liderazgo distribuido y una rendición de cuentas que llegue hasta la primera línea.

El compromiso político al más alto nivel es de suma importancia. Ya sea la implicación presidencial en la República Dominicana, la defensa ministerial en Belice o el liderazgo del subsecretario en Chile, la transformación requiere defensores con autoridad y visibilidad que puedan movilizar recursos, eliminar obstáculos burocráticos y mantener la atención a pesar de otras prioridades.

La institucionalización requiere su incorporación en la legislación, la normativa y el presupuesto. Los esfuerzos voluntarios y los proyectos piloto acaban desapareciendo cuando los defensores se marchan; el cambio duradero exige la institucionalización a través de políticas oficiales, fuentes de financiación específicas, informes obligatorios y consecuencias significativas en caso de incumplimiento.

El aprendizaje debe integrarse en las estructuras de gobernanza. Las revisiones periódicas de Chile, los equipos de mejora de la calidad de Belice y los sistemas de seguimiento HEARTS de la República Dominicana crean oportunidades estructuradas para la reflexión, la adaptación y la corrección del rumbo, lo que encarna el principio de Massoud de que el aprendizaje y la rendición de cuentas deben coexistir, no competir.

La paciencia y la persistencia son esenciales. Los tres ministros reconocieron que la construcción de una infraestructura de

gobernanza lleva años, no meses, y requiere un compromiso sostenido a través de transiciones de liderazgo, crisis presupuestarias y emergencias sanitarias competitivas que inevitablemente amenazan con descarrilar las agendas de calidad a largo plazo.

Este cuarto elemento de la hoja de ruta — institucionalizar la gobernanza y la rendición de cuentas— completa el marco estratégico presentado durante los dos días de diálogo. Sin gobernanza, la visión sigue siendo una aspiración. Sin gobernanza, los servicios rediseñados vuelven a los viejos patrones. Sin gobernanza, el aprendizaje sigue siendo localizado y frágil. Pero cuando los cuatro elementos se alinean —visión compartida, prestación de servicios optimizada, aprendizaje integrado y gobernanza sólida— los sistemas de salud adquieren la capacidad no solo de mejorar una vez, sino de mejorar continuamente, adaptándose a los nuevos retos sin perder nunca de vista su misión fundamental: prestar una atención de calidad y equitativa a todas las personas, en todo momento.

Resumen gráfico de la sesión 3 del día 2



Sección 4: Construyendo juntos el camino a seguir



Sección 4: Construyendo juntos el camino a seguir

Del diálogo a la acción: trazando un camino colectivo

Al concluir el Diálogo Regional de Política, de dos días de duración, **Emma Iriarte** abrió la sesión final con una reflexión que resumía tanto el camino recorrido como el que queda por delante: *«Hemos avanzado mucho juntos durante estos dos días: desde comprender las deficiencias en la calidad que cuestan vidas y erosionan la confianza, hasta imaginar cómo son los sistemas de salud de alto desempeño y trazar la hoja de ruta que nos llevará hasta allí. Pero una hoja de ruta solo tiene valor si nos comprometemos a seguirla».*

Antes de pasar al trabajo colaborativo, Iriarte resumió el diálogo en cuatro mensajes clave.

1. Interiorizar los elementos de un sistema sanitario de alto desempeño

Iriarte hizo hincapié en un cambio fundamental de perspectiva: *«No se trata de temas aislados, sino del sistema con todos sus componentes».* Los sistemas de salud de alto desempeño surgen cuando la gobernanza, la financiación, la personal de salud, la prestación de servicios, los sistemas de información y la mejora de la calidad funcionan juntos de manera coherente. *«A partir de ahora, deben tener en cuenta esta conjunción de elementos como un sistema, no como temas separados»*, instó. *«Esto no es algo menor: en muchas reuniones se debate un tema; aquí hemos abordado el sistema completo».*

2. La calidad no mejorará por sí sola

La calidad requiere intencionalidad, un esfuerzo deliberado y sostenido. *«Esa intencionalidad debe practicarse sin ser prescriptiva»*, señaló Iriarte, reconociendo la tensión entre la estandarización y la adaptación local. *«Debe planificarse. De lo contrario, las cosas suceden por inercia, por casualidad o por reacción».* Dejar que la calidad surja de forma orgánica es una estrategia para el fracaso; construir calidad requiere estrategia, compromiso y disciplina.

3. El desafío no es solo técnico

Por encima de todo, la transformación exige liderazgo, colaboración y compromiso. Estas cualidades deben emanar de los más altos niveles del gobierno —ministros, presidentes, subsecretarios— pero, al mismo tiempo, requieren escuchar a quienes están en primera línea: la población, los trabajadores sanitarios, los ciudadanos y nuestros usuarios. Como destacó Iriarte, *«sin sus voces, sin su compromiso, diseñamos sistemas que no les sirven».* La experiencia técnica permite el cambio, pero el liderazgo y la colaboración lo sostienen.

4. Podemos hacerlo con lo que tenemos

Quizás el mensaje más empoderador: *«Podemos hacerlo con los sistemas que tenemos, con los recursos que tenemos, con los equipos sanitarios que tenemos».* Los participantes no tienen que esperar a que se den las condiciones perfectas, los presupuestos ilimitados o las circunstancias ideales. Como había destacado anteriormente el Dr. Berwick, *«no se trata solo de hacer las cosas de otra manera, sino de pensar de otra manera y diseñar de otra manera».* Iriarte añadió una observación provocadora: *«Me atrevería a decir que el dinero ni siquiera es lo primero que necesitamos. Lo más importante es la voluntad de cuestionar las suposiciones, rediseñar los procesos y comprometerse con el aprendizaje».*

Iriarte concluyó este planteamiento reafirmando el compromiso del Banco Interamericano de Desarrollo: *«Trabajaremos junto con los países, no solo a través de negociaciones formales o capacitación técnica, sino manteniendo este diálogo estratégico. Esto no puede quedar solo en un evento de debate y recuerdos».* El BID se comprometió a brindar apoyo sostenido, facilitar la colaboración continua y garantizar que el impulso generado en Medellín se traduzca en mejoras cuantificables en los sistemas de salud de toda la región.

Actividad en grupo: Aprender, compartir y co-crear juntos

A continuación, la sesión pasó de las presentaciones a la participación, con el fin de conocer cómo deseaban los participantes seguir colaborando y trabajando juntos. La tarea era sencilla: los participantes debían deliberar colectivamente sobre ideas basadas en el diálogo sobre lo que les gustaría aprender, compartir y co-crear.

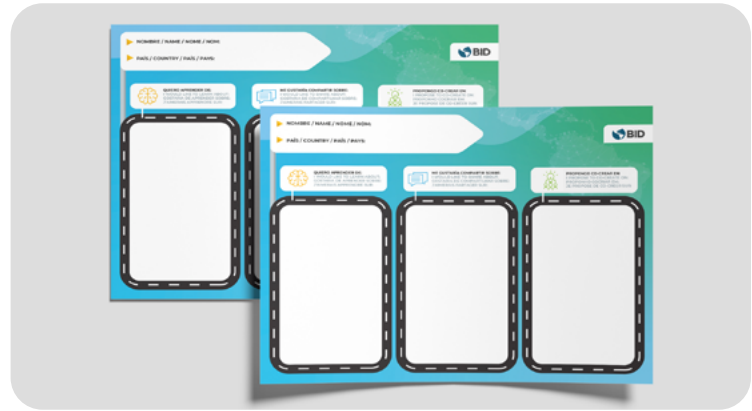
A través de un diálogo estructurado y una priorización colectiva, los participantes identificaron las áreas más críticas que requieren colaboración regional para aprender, compartir y co-crear juntos. En total, se recopilaron alrededor de 85 ideas diferentes de la actividad. A continuación se muestra un resumen de alto nivel organizado por temas, junto con el porcentaje de ideas que se generaron por tema.

Reflexiones de los participantes

«Durante demasiado tiempo, hemos tratado la calidad como una aspiración en lugar de como un requisito», reflexionó un ministro de América Central. «Este diálogo nos ha dado permiso, y una hoja de ruta, para hacer que la calidad sea innegociable».

Un director de programa destacó el valor del aprendizaje honesto entre países: «Leer sobre la transformación digital de São Paulo es interesante, pero escuchar directamente al equipo hablar sobre sus fracasos y correcciones de rumbo es invaluable. Necesitamos más intercambios sinceros como este».

Un viceministro destacó la necesidad de coraje político: «Las soluciones técnicas son necesarias, pero insuficientes. La transformación de la calidad requiere la voluntad de desafiar intereses arraigados, reasignar presupuestos y mantener el compromiso a lo largo de los ciclos electorales. Ese coraje es más fácil de mantener cuando no estamos solos».



Temas sobre lo que a los participantes les gustaría aprender, compartir y cocrear.

➔ Aprender



QUIERO APRENDER DE:
 ME GUSTARÍA APRENDER SOBRE:
 ME INTERESARÍA APRENDER SOBRE:
 QUISIERA APRENDER SOBRE:

Calidad-48%

Gestión
Sistemas de gestión de calidad

Medición
Integrar indicadores de calidad en los sistemas de información

Experiencias
Experiencias de implementación en diferentes países y contextos

Prestación de servicios-18%

Atención Primaria de Salud
Reemplazar programas verticales con estrategias para la continuidad de la atención

Redes
Integración entre niveles de atención

Recursos humanos-10%

Capacitación continua en APS
Reconfiguración de roles
Gestión de recursos humanos

Gobernanza-7%

Desarrollar habilidades de liderazgo en los niveles técnicos y estratégicos

Aprendizaje-5%

Estrategias de aprendizaje organizacional y cultura de calidad

Financiamiento y eficiencia-10%

Financiamiento vinculado a iniciativas de calidad
Iniciativas para optimizar recursos

➔ Compartir



ME GUSTARÍA COMPARTIR SOBRE:
 ME INTERESARÍA COMPARTIR SOBRE:
 QUISIERA COMPARTIR SOBRE:

Prestación de servicios-37%

Atención primaria de salud
Modelo integrado de APS

ENT
Escalamiento de HEARTS

Salud digital
Ejemplos de Brasil y Chile

Calidad-16%

Sistema
Metodología de mejora de calidad a nivel del sistema

Medición
Desarrollo y uso de sistemas de monitoreo

Recursos humanos-12%

Capacitación de alto desempeño e incentivos
Capacitación continua en APS

Gobernanza-5%

Liderazgo y gobernanza en contextos remotos

Financiamiento y eficiencia-12%

Desarrollo y uso de sistemas de monitoreo

Atención centrada en las personas-5%

Perspectivas de los pueblos indígenas

➔ Co-crear



PROPONGO CO-CREAR EN:
 PROPONGO CO-CREAR SOBRE:
 ME GUSTARÍA CO-CREAR SOBRE:
 ME INTERESARÍA CO-CREAR SOBRE:

Prestación de servicios-44%

Salud digital
Transformación digital de procesos clínicos y no clínicos
Experiencias en salud digital

Atención primaria de salud
Intercambio de experiencias

ENT
Atención de enfermedades crónicas

Modelos comunitarios
Modelos de trabajo basados en la comunidad

Calidad-30%

General
Comunidad de práctica de alto desempeño
Intercambio de buenas prácticas entre países
Grupo técnico de expertos

Medición
Sistemas de información para la calidad

Financiamiento y eficiencia-6%

Sistema de financiamiento en salud
Centro regional de bioequivalencia

Aprendizaje-6%

Repositorio de buenas prácticas exitosas

Recursos humanos-7%

Prácticas innovadoras en procesos de capacitación

Atención centrada en las personas-5%

Involucrar a la población en la toma de decisiones

Nota: Los porcentajes se basan en 86 ideas (75 individuales y 11 colectivas) surgidas de la actividad. Las ideas se organizaron por temas comunes para presentar un resumen.

Reflexiones finales: el viaje continúa



Javier Guzmán, jefe de división del HNP, pronunció unas palabras de clausura que cerraron el círculo del diálogo, volviendo a los datos con los que se inauguró el evento: «Comenzamos enfrentándonos a una verdad incómoda: que siete de cada diez muertes evitables en nuestra región no se deben a la falta de acceso, sino a la mala calidad de la atención. Terminamos con una hoja de ruta, compromisos concretos y una comunidad decidida a cambiar esa realidad».

Hizo hincapié en que el compromiso del BID va más allá de convocar diálogos: «Caminaremos junto a ustedes, proporcionándoles evidencia, cooperación técnica y recursos adaptados a sus contextos. Pero el liderazgo debe venir

de ustedes. Los sistemas de salud e es de alto desempeño no pueden imponerse desde fuera; deben construirse desde dentro, con visión, persistencia y el valor de aprender tanto de los éxitos como de los fracasos».

Guzmán concluyó con un reto que medirá el impacto del diálogo: «Cuando nos volvamos a reunir el año que viene, quiero oír no solo lo que han aprendido aquí, sino también lo que han cambiado en sus países. La medida del éxito de este diálogo no es la calidad de nuestros debates en Medellín, sino la calidad de la atención que reciben los pacientes en Tegucigalpa, Puerto Príncipe, Lima y todas las comunidades de nuestra región».

El círculo se cierra: la orquesta reunida

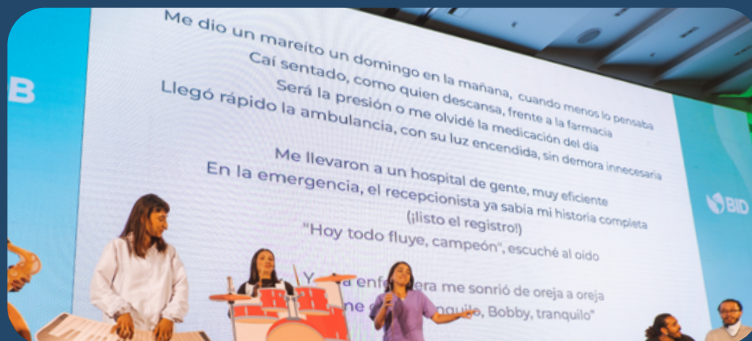
Cuando el diálogo llegaba a su fin, los músicos volvieron al escenario. Pero esta vez, algo había cambiado radicalmente. Tras dos días de aprendizaje sobre la visión compartida, el rediseño integrado, el aprendizaje continuo, la gobernanza sólida y la sostenibilidad, recibieron una nueva instrucción: tocar juntos la misma melodía.

Las conocidas notas iniciales de «El Niágara en Bicicleta», de Juan Luis Guerra, llenaron la sala, pero con una letra transformada que captaba todo lo que los participantes habían explorado. Mientras que la canción original celebraba la imposibilidad de recorrer las cataratas del Niágara en bicicleta, la nueva versión proclamaba: *«Porque es hermoso recorrer este camino en bicicleta»*.

El ritmo pegadizo resultó irresistible. Los músicos involucraron al público, que se

puso de pie, aplaudiendo y cantando la letra que transformaba un sueño imposible en una realidad alcanzable. Lo que parecía inalcanzable de forma aislada —proporcionar una atención de calidad para todos— se hace posible cuando la visión se alinea, las partes se integran, los sistemas aprenden, la gobernanza se fortalece y el compromiso se mantiene.

La metáfora había completado el círculo: de la discordia a la armonía, de la fragmentación a la integración, de lo imposible a lo alcanzable. La sala resonaba con una sola melodía: una visión compartida de sistemas de salud de alto desempeño que ya no parecían como montar en bicicleta por cascadas, sino más bien como una orquesta que finalmente tocaba la música que siempre estuvo destinada a crear juntos.



Anexos

- [Agenda](#)
- [Presentaciones](#)

Fotos

- [Fotografías del evento](#)
- [Fotos de la visita a Sura](#)
- [Resumen gráfico](#)

Video

- [DRP 2025 Video resumen](#)
- [¿Qué hacer para prevenir embarazos en adolescentes? Iniciativa Salud Mesoamérica en Costa Rica | Presentation Patricia Jara](#)
- [Dos Ciudades | Presentación de Rashad Massoud](#)

Entrevistas

- [1. Donald Berwick](#)
- [2. Ferdinando Regalia](#)
- [3. Javier Guzmán](#)
- [4. Karla Perla](#)
- [5. Kevin Bernard](#)
- [6. Paulo Borem](#)
- [7. Rashad Massoud](#)
- [8. Victor Atallah](#)

