



# A través del espejo

**Un camino práctico para  
mejorar la atención en salud a  
través de la transparencia**

KPMG International



[kpmg.com](http://kpmg.com)



# Contenido

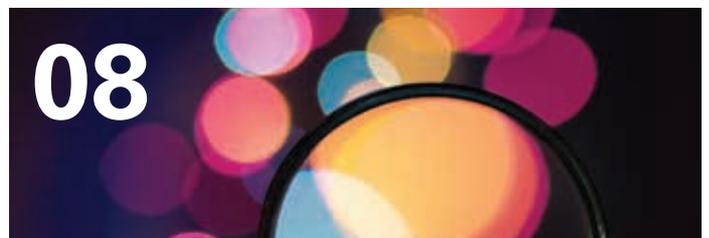
Resumen ejecutivo



¿Qué es un sistema de salud transparente?



El índice de transparencia de los sistemas de salud a nivel mundial



Transparencia del sistema de salud: Una fuerza poderosa para el bien o para el mal



¿Cómo es el futuro de la transparencia en la atención médica?



Siete características de una transparencia exitosa en la atención médica



Anexo



# Resumen ejecutivo

La transparencia en la atención en salud es importante, pero hasta la fecha no ha estado a la altura de su promesa de transformar la calidad y el costo. Con demasiada frecuencia, el progreso ha sido simbólico y ha dado lugar a amargas disputas entre ideólogos políticos y grupos de proveedores y profesionales resistentes. Incluso los países que han liderado el campo se enfrentan ahora a preguntas difíciles sobre qué valor se crea realmente para todo su esfuerzo. Desbordados de datos, a algunos sistemas les resulta más difícil que nunca determinar qué es lo que está sucediendo, pero si se utiliza estratégicamente, este estudio sugiere que existe un potencial considerable a la espera de ser explotado para la transparencia del sistema de salud.



El objetivo de este estudio es establecer qué deben hacer los sistemas de salud para hacer que la transparencia se convierta en el poderoso agente de cambio positivo que puede ser. Presentamos una investigación perspicaz sobre la situación de la transparencia del sistema de salud mundial; exploramos qué hace que un sistema de salud sea transparente; examinamos los beneficios, riesgos y oportunidades; y profundizamos en cómo podría ser el futuro óptimo para la transparencia y cómo lograrlo.

Comenzamos explicando lo que hace que un sistema de salud sea transparente y comparando los principales sistemas de salud del mundo por su nivel de progreso en algunas de las dimensiones más importantes del concepto.

## Transparencia en la asistencia médica: ¿buen gobierno o distracción política?

La evidencia de nuestra investigación muestra que, como cualquier herramienta, la transparencia puede ser usada para crear beneficios o daños, o un poco de ambos. Por un lado, hay pruebas convincentes de que la publicación de datos conduce a una mejora de la calidad, a una mejor recolección de datos e incluso a mejores resultados en salud. Por otro lado, puede socavar la confianza, hacer que se preste demasiada atención a determinadas medidas y llevar a conclusiones y políticas erróneas.

Si las tendencias actuales continúan, es fácil imaginar que los sistemas de salud se vean desbordados por las

necesidades de datos que distraen del verdadero negocio de la mejora de la atención médica y apoyan las culturas punitivas de nombrar y avergonzar, lo que, en última instancia, conduce a un desempeño y a una toma de decisiones menos transparentes. Este informe señala un camino diferente, mucho más positivo. Cuando los sistemas de salud nacionales y locales aplican la transparencia de manera disciplinada, creemos que puede hacer una contribución sustancial a la calidad y el valor de la atención en salud. Las características clave de este enfoque estratégico incluyen un enfoque selectivo y por etapas para la publicación de datos, el aprendizaje de proveedores innovadores y la promoción de culturas de alta confianza junto con narrativas independientes de grupos seleccionados.

Destacamos dónde está ocurriendo ahora este futuro, con 16 estudios de caso globales de países como Australia, Dinamarca, Alemania, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Mientras que nuestro índice global de transparencia del sistema de salud muestra una enorme variación en el progreso, ningún sistema de salud de un país está realmente persiguiendo la transparencia de una manera estratégica. Para hacer realidad todo el valor de esta tendencia, se necesita un enfoque de sistema completo que alinee las diferentes dimensiones de la transparencia, los medios para ofrecer estas dimensiones, los métodos para comunicar esta información y las fuentes para facilitar el cambio positivo.

## Metodología

Este estudio incluyó varias etapas de investigación:

- Resumen de la revisión bibliográfica de la evidencia sobre la transparencia de los sistemas de salud
- 25 entrevistas con expertos
- Desarrollo del marco de transparencia y pruebas de sentido con los responsables de salud y entrevistados.
- Finalización del cuadro de mando de transparencia por parte de los líderes de las prácticas de salud de KPMG en 32 países.
- Datos del cuadro de mando de la transparencia recopilados y analizados por país.

## ¿Qué debería hacer su organización para aplicar con éxito la transparencia?

1. Una estrategia consistente
2. Tomar el liderazgo de los proveedores innovadores
3. Medir lo que es importante para los pacientes
4. Menos medidas, más datos significativos
5. Proporcionar transparencia de precios personalizada
6. Un enfoque de toma y daca para salvaguardar los datos del paciente
7. Promover narrativas independientes para mejorar la comprensión

# ¿Qué es un sistema de salud transparente?

La transparencia en la asistencia médica es un concepto controvertido, con una amplia gama de interpretaciones basadas en el país, el entorno de atención y el grupo de interesados. Esta diversidad de terminología es sintomática de la falta de claridad estratégica sobre lo que constituye un sistema de salud eficaz y transparente. Aquí presentamos una definición unificada de los componentes más importantes.

En toda la literatura consultada y nuestras entrevistas, se repitieron seis dimensiones principales de la transparencia del sistema de salud.<sup>1,2,3,4,5,6</sup> Estas dimensiones cubren los principales temas de preocupación de acuerdo con los sistemas de salud, las organizaciones y los grupos de interés a nivel mundial y constituyen la base de nuestra definición de transparencia, así como la base para el cuadro de mando de transparencia de los sistemas de salud mundiales:

- 1. Calidad de la atención médica:** transparencia de las medidas de desempeño a nivel del proveedor, especialmente la calidad de los resultados y procesos.
- 2. Experiencia del paciente:** percepciones del paciente sobre su experiencia y resultados de la atención médica.
- 3. Finanzas:** transparencia de precios y pagos, y el carácter público de las cuentas de las organizaciones de salud.
- 4. Gobernanza:** toma de decisiones abierta, derechos y responsabilidades, asignación de recursos, procesos de garantía y mecanismos de rendición de cuentas.
- 5. Datos personales de salud:** acceso, propiedad y protección de los datos de salud individuales de los pacientes.
- 6. Comunicación de datos de salud:** la medida en que todo lo anterior se presenta de manera accesible, confiable y útil para todas las partes interesadas relevantes.



Si unimos estos conceptos, nuestra definición de transparencia en los sistemas de salud globales es:

“

Un sistema de salud que provee información accesible, fiable, útil y actualizada a todas las partes interesadas para que puedan adquirir una comprensión significativa de la calidad, la experiencia de los pacientes, las finanzas, la gobernanza y los datos de salud individuales asociados con el sistema de salud, y emitir un juicio sobre su imparcialidad.”

# El índice de transparencia de los sistemas de salud a nivel mundial



Para entender cómo los sistemas de salud de los diferentes países se comparan con este marco, construimos un cuadro de mando de indicadores clave para medir su progreso en cada una de las seis dimensiones. Después de la validación con un grupo de referencia de expertos en transparencia y líderes de sistemas de salud, las prácticas de salud de KPMG en 32 países completaron el cuadro de mando basándose en su conocimiento de los datos publicados, a veces con la ayuda del Ministerio de Salud u otras autoridades.

Si bien el cuadro de mando completo y la metodología de puntuación se encuentran en el apéndice, el siguiente cuadro ofrece un resumen de sus 27 indicadores clave. Estos se seleccionaron teniendo en cuenta: las prácticas de las principales organizaciones y sistemas de salud; las medidas que puedan resaltar variaciones significativas entre los sistemas de salud; los conceptos que puedan traducirse fácilmente entre los diferentes tipos de sistemas de salud; y las políticas identificadas como importantes por nuestros entrevistados. La mayoría de los

indicadores usaban un sistema de puntuación muy simple que preguntaba si una minoría, la mayoría o todos los proveedores (u hospitales) del sistema seguían una práctica particular de manera rutinaria, con cada indicador ponderado por igual.<sup>7</sup>

**Resultados**

Se recibieron cuadros de mando completos del marco de transparencia de 32 países, que abarcaban la mayoría de los países de la OCDE y del G20. Los puntajes compuestos para cada dimensión y un puntaje general se

compilaron para obtener una visión global de la situación de la mayoría de los principales sistemas de salud del mundo. De esto se pueden sacar varias conclusiones:

- Existe un alto nivel de variación entre los países en cuanto a la transparencia general de los sistemas de salud, con puntuaciones que oscilan entre el 74% y el 32%. El puntaje promedio del 55 por ciento es relativamente bajo, lo que sugiere que todavía hay mucho, mucho más que los países aún no han hecho.

**Dimensión**

 <b>Calidad de la atención médica</b>	 <b>Experiencia del paciente</b>	 <b>Finanzas</b>	 <b>Gobierno</b>	 <b>Datos personales médicos</b>	 <b>Comunicación de datos médicos</b>
Tasas de mortalidad/supervivencia para afecciones y tratamientos médicos individuales Tasas de mortalidad por cualquier causa/supervivencia Tasas de reingreso al hospital Tiempos de espera para la atención de emergencias Notificación de "acontecimientos adversos" Tasas de infecciones adquiridas en el hospital	Medidas de resultado informadas por el paciente Satisfacción del paciente Aprobación del paciente Quejas de pacientes	Desempeño financiero Precios que se cobran a los pacientes Precios que se cobran a los aseguradores/pagadores de salud Divulgación de pagos, obsequios y atenciones al personal de atención médica	Legislación sobre libertad de información Derechos del paciente Procesos de adquisición y toma de decisiones Toma de decisiones públicas Participación del paciente/público	Sistema electrónico de registro de pacientes Documentación clínica compartida Política de privacidad y protección de datos del paciente Información sobre el uso de los datos del paciente	Un portal de datos accesible Grado de actualización de los datos Facilidad para comparar proveedores y servicios Uso de formatos de archivos de datos abiertos

**Indicadores: En qué medida se dispone públicamente de información<sup>8</sup> sobre...**

- Comparando el desempeño en las diferentes dimensiones, las puntuaciones más altas pertenecen a "Gobierno" y "Finanzas" (con un promedio de 67% y 66%, respectivamente). Las puntuaciones más bajas corresponden a la transparencia en la "Calidad de la atención médica" (un promedio del 44%), lo que sugiere que es en este punto donde la transparencia está menos avanzada en todos los sistemas de salud, y los países se han mostrado más reticentes a progresar.
- Los cuatro países escandinavos, **Dinamarca, Finlandia, Suecia y Noruega**, obtuvieron las puntuaciones más altas, lo que no sorprende a quienes conocen bien estos sistemas. Un análisis de los resultados específicos de cada dimensión muestra que este impresionante desempeño refleja puntuaciones particularmente altas en "Finanzas", "Gobierno" y "Datos personales de atención médica". Sin embargo, estos países de alto rango no tienen un desempeño consistente. Todavía hay margen para mejorar la forma en que se comunican los datos de atención médica, y los debates políticos en curso en varios de estos países destacan una pregunta abierta sobre el valor que realmente se está generando a partir de todo este progreso.
- El segundo nivel de países incluye a **Australia, los Países Bajos, Nueva Zelanda, Reino Unido, Portugal y Singapur**, seguidos por **Brasil, Canadá y España**. Los que se encuentran en los últimos puestos de la clasificación, a pesar de tener sistemas de salud de alto rendimiento, son Alemania, Italia, Suiza, Corea, Irlanda y Japón. Estos pueden sentir que deberían estar mejor en comparación con sus compañeros.
- El nivel más bajo de ejecutores incluye a **China, India, Sudáfrica, Arabia Saudita y México**. Sin embargo, no deben juzgarse con demasiada dureza, ya que son miembros con menores ingresos de la OCDE o del G20, incluidos únicamente por su tamaño e importancia mundial. Por lo tanto, se los compara con países que en su mayoría gastan muchas veces más de lo que hacen en atención médica.
- Más allá de los puntajes de los titulares, muchos países obtienen resultados muy incoherentes en diferentes dimensiones. Por ejemplo, Islandia obtiene un puntaje particularmente

bueno en la transparencia de las "finanzas" (75%), pero menos en otras categorías.

De manera similar, **Canadá** se desempeña fuertemente en la transparencia de "Gobierno" (81%) y la "Comunicación de los Datos de Salud" (79%), pero con menos fuerza en otras categorías. **Nueva Zelanda** informó la variación más extrema entre dimensiones, con un puntaje de 94% para la transparencia de 'Gobierno', pero solo 38% para la 'Calidad de la atención médica'.

- En términos de las políticas específicas que los indicadores midieron para cada país, las medidas de mayor puntuación (y por lo tanto más ampliamente practicadas) fueron:
  - Presencia de una política nacional de privacidad y protección de datos de los pacientes
  - Derechos explícitos del paciente que establecen exactamente a qué tienen derecho los pacientes y qué pueden esperar de los proveedores.
  - Existencia de una ley de "libertad de información".

## Advertencia en materia de salud

Al interpretar estas puntuaciones, es importante recordar que:

- No es necesariamente bueno tener una clasificación alta porque la transparencia puede ser tanto perjudicial como beneficiosa.
- Los datos muestran lo que están haciendo actualmente los sistemas de salud, no si la transparencia está bien gestionada o si se logran buenos o malos resultados.
- Las prácticas con la puntuación más baja y, por lo tanto, las menos comunes son:
  - Divulgación de pagos, regalos y atenciones al personal médico
  - Documentación clínica compartida: un portal para pacientes donde estos pueden contribuir o editar sus datos personales de salud.
  - Publicación de las medidas de resultado informadas por los pacientes o de los índices de aprobación

## Transparencia de la atención en salud en EE.UU.: Líderes y rezagados

La metodología de puntuación para este estudio consistió en tomar una captura general de las prácticas de publicación de datos de salud en cada uno de los países estudiados y resumirlas en puntajes generales. Si bien la variación interna existía hasta cierto punto en todos los países, en ningún sistema encontramos un grado tan alto de diferencia y fragmentación interna como el de EE. UU.

Debido a la naturaleza estatal de muchas regulaciones de salud, pero también a la coexistencia de sistemas de pago y fijación de precios grandes y complejos, tanto privados como públicos (que operan a nivel federal y estatal), un puntaje resumido para todo el país no se consideró una guía útil para el progreso.

Si bien no figuran en la tabla de resultados de la siguiente página, Estados Unidos exhibe indudablemente muchas de las principales prácticas de transparencia descritas en este informe, además de ser víctimas de muchas de las dificultades. Se trata de una cuestión de gran importancia y que evoluciona rápidamente: los sistemas de atención médica informan regularmente sobre más de 500 indicadores diferentes a los pagadores, reguladores y otros organismos. Sin embargo, no existen estándares objetivos para muchas de estas medidas (tales como calidad, satisfacción del paciente, etc.) y pocas organizaciones están bien posicionadas para integrarlas, aunque muchas publican datos sobre su propia parte del sistema.

La Ley de Cuidados de Salud Asequibles tuvo cierto impacto al hacer que los precios fueran más transparentes, especialmente para el paciente. Del mismo modo, es probable que la evolución de los modelos de pago, como la fijación de precios "basados en el valor", genere una mayor integración de los datos entre los distintos silos. Aún así, existe una gran incertidumbre sobre cómo la Administración Trump revisará las regulaciones en esta área, y si esto conducirá a una aceleración o a un estancamiento del progreso.

A lo largo de este informe se han elaborado estudios de casos y pruebas de EE.UU. para demostrar las buenas y malas prácticas. Pero dada la complejidad única de esta tabla, el sistema actual no se presta fácilmente a nuestro método de puntaje único.

**Tabla 1: Índice de transparencia de los sistemas de salud a nivel mundial - resultados compuestos (%)**

	Puntuación general	1. Calidad de la atención médica	2. Experiencia del paciente	3. Finanzas	4. Gobierno	5. Datos médicos personales	6. Comunicación de datos médicos
Dinamarca	74	67	62	83	94	93	50
Finlandia	72	48	46	83	88	86	93
Suecia	71	81	69	75	69	79	50
Noruega	69	67	62	83	81	71	50
Reino Unido	69	57	85	83	81	57	57
Australia	68	52	62	83	88	64	64
Nueva Zelanda	67	38	54	83	94	64	79
Países Bajos	67	57	85	75	69	50	71
Portugal	64	48	46	83	63	86	71
Singapur	63	57	77	83	81	43	43
Israel	62	48	92	50	56	79	57
Brasil	61	48	69	67	81	64	43
Canadá	61	57	46	50	81	50	79
España	61	76	46	42	75	71	43
Francia	60	48	62	67	75	50	64
Alemania	56	29	54	75	63	64	64
Italia	54	57	31	67	56	64	50
Islandia	53	43	54	75	63	50	43
Suiza	53	33	69	67	69	57	36
Corea del Sur	52	29	31	83	56	50	79
Polonia	50	29	46	67	56	57	57
R. de Irlanda	49	29	31	67	75	79	43
Luxemburgo	47	29	46	50	63	50	50
Rusia	47	33	38	67	63	50	36
Austria	46	29	31	58	56	64	43
Japón	46	48	31	67	56	43	29
Grecia	43	29	38	50	69	50	29
México	42	33	46	42	50	36	50
Arabia Saudita	38	29	31	50	50	43	29
Sudáfrica	37	33	31	33	44	50	29
India	36	29	31	42	44	43	29
China	32	29	31	50	31	29	29
<b>Puntuación promedio</b>	<b>55</b>	44	51	66	67	59	52

70% o más

60% o más

50% o más

40% o más

Inferior al 40%

# Transparencia del sistema de salud: una fuerza poderosa para el bien o para el mal

Para informar el debate político, a menudo conflictivo, que rodea a la transparencia en la atención en salud, buscamos en la literatura evidencia acerca de su impacto en el mundo real. Lo que surgió es que no cabe duda de que la transparencia tiene el potencial de cambiar significativamente el comportamiento, aunque esto puede mejorar y socavar el valor.

## La evidencia se concentró en torno a seis efectos principales:

### 1. Los informes públicos fomentan los esfuerzos de mejora de la calidad

Existen pruebas convincentes de que los informes públicos estimulan las actividades de mejora de la calidad, especialmente a nivel hospitalario.<sup>9,10</sup> Por ejemplo, se encontró que los hospitales canadienses tienen muchas más probabilidades de informar sobre iniciativas de mejora de la calidad en respuesta a la publicación de las tasas de mortalidad; las iniciativas incluyeron nuevas rutas clínicas y mapas de atención para el manejo clínico.<sup>11</sup> De manera similar, se encontró que las grandes prácticas clínicas en Wisconsin, EE.UU., se han involucrado en los esfuerzos de mejora de la calidad como resultado de los informes públicos comparativos.<sup>12</sup> En el entorno hospitalario holandés, la calidad de la atención parece haber mejorado más rápido en los hospitales a los que el gobierno exige que publiquen datos sobre la experiencia de los pacientes que en los hospitales que no lo hacen.<sup>13</sup> Varios estudios también informan sobre la actividad de mejora de la calidad a nivel clínico. Una encuesta nacional de EE.UU., por ejemplo, encontró que a los pacientes con enfermedad vascular se les prescribió aspirina por menos del 50 por ciento de los médicos, pero en Minnesota, que informó públicamente el uso de la aspirina, la tasa fue del 95 por ciento.<sup>14</sup>

### 2. La transparencia se asocia con resultados mejorados (en su mayoría), pero a veces con peores resultados

La publicación de datos de rendimiento ha tenido efectos diferenciales en términos de mejores resultados de salud, con evidencia de revisiones sistemáticas que muestran resultados mixtos.<sup>15,16</sup> Algunos estudios de investigación registran un impacto positivo, por ejemplo, el reporte de datos de mortalidad cardíaca para cirujanos individuales en el Reino Unido se considera un éxito, y se relaciona con claras mejoras en la mortalidad.<sup>17,18</sup> Otros estudios demuestran que no hay efectos beneficiosos, por ejemplo, el análisis de los datos de las reclamaciones de los pacientes de Medicare de EE.UU. dados de alta del hospital mostró que los informes públicos no tuvieron impacto en los reingresos o en los resultados de mortalidad.<sup>19</sup> Unos pocos estudios sugieren efectos negativos. Por ejemplo,

un estudio reciente realizado en EE.UU. encontró que la publicación de las tasas de mortalidad por afecciones agudas se asociaba con peores resultados que los de las afecciones no reportadas.<sup>20</sup>

### 3. La publicación de datos de baja calidad disminuye la transparencia

La publicación de datos sobre un sistema de salud no es útil si esos datos son incompletos, inexactos, desactualizados o no son comparables. Se sacarán conclusiones erróneas y se tomarán medidas inapropiadas. En el Reino Unido, la Sociedad Vasculosa fue la primera asociación médica en publicar los datos de los resultados y la publicación de datos deficientes condujo a suposiciones erróneas.<sup>21</sup> Los cirujanos han sido identificados incorrectamente como de bajo rendimiento debido a errores en la forma en que se reportan los datos.<sup>22,23</sup> Por ejemplo, la primera publicación de los resultados específicos de los cirujanos en Inglaterra se basó en datos brutos sin ajuste de riesgo y en bases de datos de auditoría quirúrgica nacionales preexistentes que no fueron diseñadas para este propósito.<sup>21</sup> La identificación falsa crea sospecha y resistencia a la transparencia debido al estigma asociado que resulta de "señalar y avergonzar".<sup>24</sup> Por lo tanto, se debe prestar atención y asignar recursos a la calidad y exhaustividad de los datos y a los procesos de validación que lograrán esto, particularmente para las bases de datos clínicas.<sup>21</sup> Los datos publicados tampoco son útiles si no están midiendo indicadores significativos.

La mala comunicación de los datos impide las mejoras necesarias en la calidad de la atención. Por lo tanto, los datos comparativos de desempeño tienen poco valor si todos los puntajes informados son promedio sin una diferenciación real. Por ejemplo, hasta hace poco, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) en EE.UU. mostraban calificaciones de desempeño para los hospitales en tres categorías principales comparadas con el promedio nacional

“

No hay virtud en compararse con una norma de calidad inferior.

”

**Paul Levy**

Ex Presidente y CEO, Centro Médico Beth Israel Deaconess, Boston, actualmente Asesor Senior de Lax Sebenius LLC, Massachusetts

“

Los datos de precios no siempre son lo que parecen ser. A veces hay información sobre costos y cargos, pero casi nadie paga ninguno de estos montos, y los costos rara vez se conocen. Incluso cuando hay transparencia en los cargos, lo más cercano que tenemos a los precios, no es necesariamente útil porque no significa nada.”

#### **Helen Darling**

Presidente interino y CEO del Foro Nacional de Calidad, Washington

(peor, promedio y mejor). Dado que la mayoría de los hospitales fueron etiquetados como “promedio” y menos del 5% como “peor”, y que los datos a menudo tenían más de dos años de antigüedad, había poca motivación para que los proveedores invirtieran recursos en mejorar los resultados.<sup>25</sup>

Gran parte de los datos sobre precios publicados en EE.UU. pueden inducir a error, ya que tienen poca relación con lo que los pacientes terminarán pagando por su atención. Con frecuencia no tiene en cuenta los costos “de bolsillo” de las primas o deducibles, o los costos totales en toda la ruta de atención

#### **4. La transparencia mejora la calidad de los datos de salud informados**

A pesar de los riesgos de hacer transparentes los datos de salud inicialmente imperfectos, mejorará la calidad de los datos informados. Dar a las partes interesadas un acceso abierto a la información permite una respuesta crítica. La publicación de datos imperfectos por su propia existencia permite la atención y el debate sobre qué, cómo y por qué se miden los datos. La experiencia del Reino Unido con la cirugía cardíaca muestra que la publicación ayudó a mejorar la calidad de los datos.<sup>26</sup>

Otro ejemplo son los registros electrónicos transparentes de los pacientes. El proceso de hacer que los registros de los pacientes estén disponibles electrónicamente ha magnificado los defectos de los registros médicos actuales, y ha acelerado el deseo de mejora de los médicos.<sup>27</sup> La publicación también empuja a las sociedades profesionales responsables de la medición y recolección de datos a establecer estándares de desempeño claros.<sup>28</sup> Además, varios de nuestros entrevistados argumentaron que es mejor provocar el cambio y la mejora a través de la publicación que abstenerse de informar para participar en una larga y lenta búsqueda de la medida o método perfecto.

#### **5. Algunos juegos, pero no tan extendidos como sugiere la retórica**

Se ha expresado el temor de que la comunicación pública de los datos de desempeño conduzca a que los proveedores, por ejemplo, los cirujanos, seleccionen sólo a

pacientes de bajo riesgo para mejorar sus tasas de mortalidad.<sup>29</sup> Aunque algunos médicos se muestran reacios a operar a pacientes de alto riesgo después de la implementación de la información pública<sup>30</sup>, este tipo de “juego” no ha demostrado ser generalizado. Ningún país ha mostrado pruebas de un comportamiento sistemático de aversión al riesgo al evitar casos de alto riesgo a raíz de las nuevas prácticas de publicación.

También existe la preocupación de que los proveedores puedan tomar medidas para mejorar el desempeño sin mejorar realmente la calidad, como centrarse en las medidas informadas en detrimento de otras áreas de atención, o cambiar la forma en que se registran los datos. Una vez más, la evidencia muestra que esta no es una práctica generalizada, sin embargo, hay algunos estudios que sugieren que tales acciones ocurren, por ejemplo, que los proveedores cambian la forma en que evalúan el dolor con el fin de mejorar las puntuaciones de rendimiento.<sup>31</sup>

#### **6. La transparencia puede convertirse en una distracción si no se enfoca cuidadosamente**

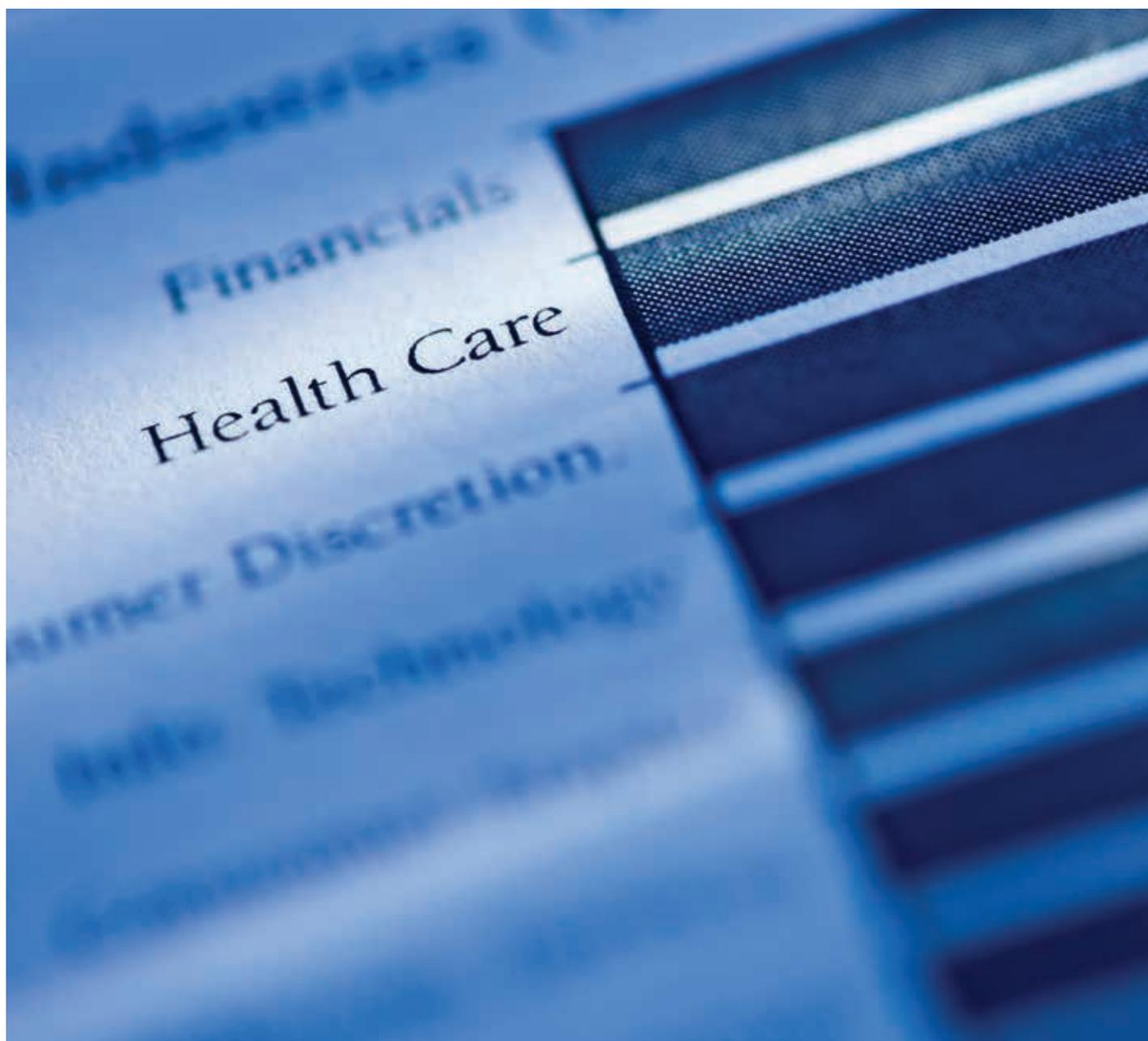
El número de métricas reportadas se ha expandido enormemente con el tiempo en muchos sistemas de salud. Esto es normalmente en respuesta a las demandas de los proveedores y los médicos de medidas más precisas y específicas. Aunque estas medidas pueden proporcionar una comprensión confiable y detallada de lo que está sucediendo a nivel clínico, el simple peso de los datos puede dificultar la identificación de lo que es importante en términos de los resultados de los pacientes. Dado que la recopilación de datos suele ser costosa y requiere muchos recursos, existe el riesgo adicional de que, al centrarse en las cosas pequeñas, en lugar de las grandes, la transparencia se convierta en una pérdida de recursos desmotivadora.<sup>32</sup> Existen debates activos sobre la carga y el costo de publicar un número cada vez mayor de métricas. En los Países Bajos, los hospitales entregan hasta mil indicadores de calidad a terceros cada año, la gran mayoría de los cuales son medidas estructurales y de proceso, a menudo con datos de baja calidad.<sup>33</sup>

“

La publicación de un sinfín de datos lleva mucho tiempo y no aumenta la transparencia real, de hecho, puede incluso socavarla. Muchos países terminan por “ver los árboles y no el bosque”, por lo que es importante pensar en el valor y el verdadero significado de los datos, no sólo en la cantidad.”

**David Ikkersheim**

KPMG en Holanda



# ¿Cómo es el futuro de la transparencia en la atención médica?

Está claro que, en todos los sistemas de salud del mundo, tanto de ingresos altos como medios, hay un aumento constante en los llamados a la transparencia y la implementación de nuevas políticas para promoverla. Para algunos, esto representa una creciente invasión de la autonomía profesional que, en el mejor de los casos, distrae del trabajo real de cuidar a los pacientes y, en el peor de los casos, crea una cultura de exposición y culpa pública basada en el miedo. Es fácil imaginar un futuro distópico si no se controla este tipo de transparencia: con sistemas inundados de datos sin sentido o que inducen a error, los proveedores se oponen aceptar cualquier riesgo que pueda llevarlos a ser mencionados explícitamente y a un aumento de la microgestión vertical de la prestación de servicios en primera línea.

Sin embargo, este no es el futuro que prevemos. Una mayor comprensión de los riesgos y beneficios de la transparencia debería dar lugar a un optimismo cauteloso sobre su uso en los sistemas de salud del futuro. No hay duda de que las tendencias hacia una mayor transparencia continuarán: la explosión de la cantidad de datos de salud y el aumento de las expectativas de consumo de los pacientes y del público hacen que sea casi inevitable. Para aquellos proveedores y pagadores que están preparados, las oportunidades superarán las amenazas. La siguiente es nuestra predicción considerada del mundo que podemos esperar razonablemente que se desarrolle en los próximos cinco años, con estudios de casos intercalados sobre dónde ya está ocurriendo esto.

## **Menos "señalar y avergonzar"**

Aunque algunos de los movimientos para publicar más datos sanitarios han sido ideológicamente impulsados y a menudo se asocian con la erradicación de los malos resultados, las

limitaciones de este enfoque son cada vez más evidentes. La resistencia entre los proveedores, en gran parte justificable, y la falta de pruebas que apoyen las estrategias de "señalar y avergonzar" están obligando a los sistemas de salud a inclinar la balanza a favor de la asociación, y no de la sanción. La transparencia llegará a ser vista más bien como un facilitador estratégico de una toma de decisiones más inteligentes: ya sean políticas gubernamentales y decisiones de inversión; organizaciones cívicas que juzgan la imparcialidad del proceso de asignación; compradores que deciden qué servicios encargar o proveedores que diseñan las vías de atención.

Dado que las mejoras más significativas que se derivan de la transparencia se han producido a través del aprendizaje y la revisión entre pares, es probable que esto se considere como una primera etapa más común en el futuro (ejemplificada por movimientos globales como ICHOM). Los médicos han demostrado estar mucho más dispuestos a compartir información sobre el desempeño dentro de sus propias comunidades clínicas al principio que directamente con el

“

Como nación, no siempre tenemos una actitud particularmente madura hacia la transparencia. Todavía no estamos hablando consistentemente en el lenguaje de las señales y la verificación, todavía estamos hablando en el lenguaje del juicio”

### Emma Doyle

Jefe de Política de Datos, NHS England

Cuando incluso el compartir entre pares se percibe como algo delicado, un enfoque alternativo es mostrar individualmente a los proveedores su desempeño relativo sin nombrar a otros. Por ejemplo, en el Beth Israel Deaconess Medical Center, Massachusetts, recolectaron datos sobre los tiempos de espera de los exámenes de colonoscopia, ya que se pensaba que algunos médicos lo hacían demasiado rápido y se olvidaban de cosas. A cada médico se le envió una curva de campana del rango de tiempos realizados por cada uno en el hospital con sólo su posición individual resaltada. Este enfoque confidencial dio lugar a una mejora apreciable de la calidad, sin necesidad de que nadie se sintiera desacreditado.

### Datos en tiempo real con formatos y formularios ampliados

Una queja común sobre los datos publicados del sistema de salud es que están desactualizados, a menudo por años. A medida que mejoren las plataformas de datos entre los proveedores, será posible convertir esto en diagnósticos en tiempo real, haciéndolo mucho más útil y accesible. Por ejemplo, el East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust utiliza un sistema de inteligencia e negocios para mostrar en su sitio web, los tiempos de espera de A&E en vivo y el número de personas que esperan en cada uno de los cuatro hospitales de Trust. La información también está disponible para el personal del hospital a través de una aplicación para smart phones. Este sistema de datos en tiempo real ayuda a controlar el flujo de pacientes hacia A&E, y permite a los gerentes y médicos gestionar la

demanda al saber cuándo redirigir a los pacientes a otros hospitales de Trust menos ocupados.

Los tipos de datos que podrían hacerse transparentes también se están ampliando gracias a las nuevas tecnologías, como el video transmitido en vivo a través de los ojos del médico. En Michigan, veinte cirujanos bariátricos acordaron recientemente que sus habilidades técnicas fueran clasificadas anónimamente por sus pares usando un video de ellos mismos realizando un procedimiento quirúrgico. Luego, se evaluaron las calificaciones de las habilidades con respecto a los resultados clínicos. Los resultados mostraron que las calificaciones más altas de las habilidades quirúrgicas de los pares se asociaban con tasas más bajas de eventos adversos posteriores a la operación.<sup>35</sup> El video también puede utilizarse para hacer que la toma de decisiones sea transparente: las reuniones de la junta ejecutiva de la principal agencia ejecutiva de Inglaterra para el NHS, por ejemplo, ahora se transmiten rutinariamente en vivo al público.

Una posible área de amenaza para la transparencia de la gran revolución de datos es el surgimiento de algoritmos e inteligencia artificial para impulsar la toma de decisiones en el sistema. Si bien la evolución de estos sistemas se ve sin duda favorecida por la transparencia de los datos, a menudo son tan complejos que apenas son comprendidos, incluso por las organizaciones que los utilizan. Se han expresado preocupaciones sobre la posibilidad de que surja tal "algorocracia" si la IA se generaliza en la toma de decisiones de salud, lo que podría dar lugar a que los sistemas de atención sean aún menos transparentes que antes.<sup>36</sup>

público. Se considera que este enfoque crea un entorno más seguro, sin juicios de valor, en el que centrarse en la mejora. También tolerarán datos menos sólidos cuando los utilicen para mejorar la calidad interna.

En Helios, un grupo de 112 hospitales en Alemania, han utilizado la revisión por pares durante más de 10 años para guiar las mejoras dirigidas por médicos. Los indicadores de calidad, derivados de los datos de rutina y referenciados contra los promedios de todos los hospitales alemanes, se reportan públicamente para cada hospital del grupo. Siempre que un indicador muestra resultados por debajo del promedio para un hospital Helios, se inicia el proceso de revisión por pares: los colegas clínicos de otros hospitales Helios analizan los registros médicos de los pacientes fallecidos tratados en el hospital en cuestión y ofrecen sugerencias de mejora en protocolos detallados. La evidencia indica que este proceso de revisión por pares ha tenido un impacto significativo en las tasas de mortalidad para una serie de afecciones, con 710 "vidas salvadas" durante el período de estudio 2004-2011.



“

Con los médicos, se puede decir que hemos hecho este análisis de datos y sabemos que no es perfecto, pero le da una idea de cómo se compara con usted mismo hace seis meses o cómo te comparas con tus colegas. Y los médicos dirán que es muy interesante, que voy a usar eso, que va a cambiar lo que hago”

**Brian Ruff**

CEO Partner Professional Provider Organization Services, Johannesburgo

**Mayor acceso de los consumidores y uso de los datos**

Una de las conclusiones más ampliamente compartidas del movimiento de transparencia hasta ahora es que los pacientes no están haciendo un uso generalizado de los datos del sistema de salud. En la actualidad, muy pocos pacientes utilizan información comparativa de desempeño para informar a sus proveedores o las opciones de tratamiento.<sup>37,38</sup> Como resultado, existe una presión mínima del consumidor sobre los proveedores para mejorar los resultados.

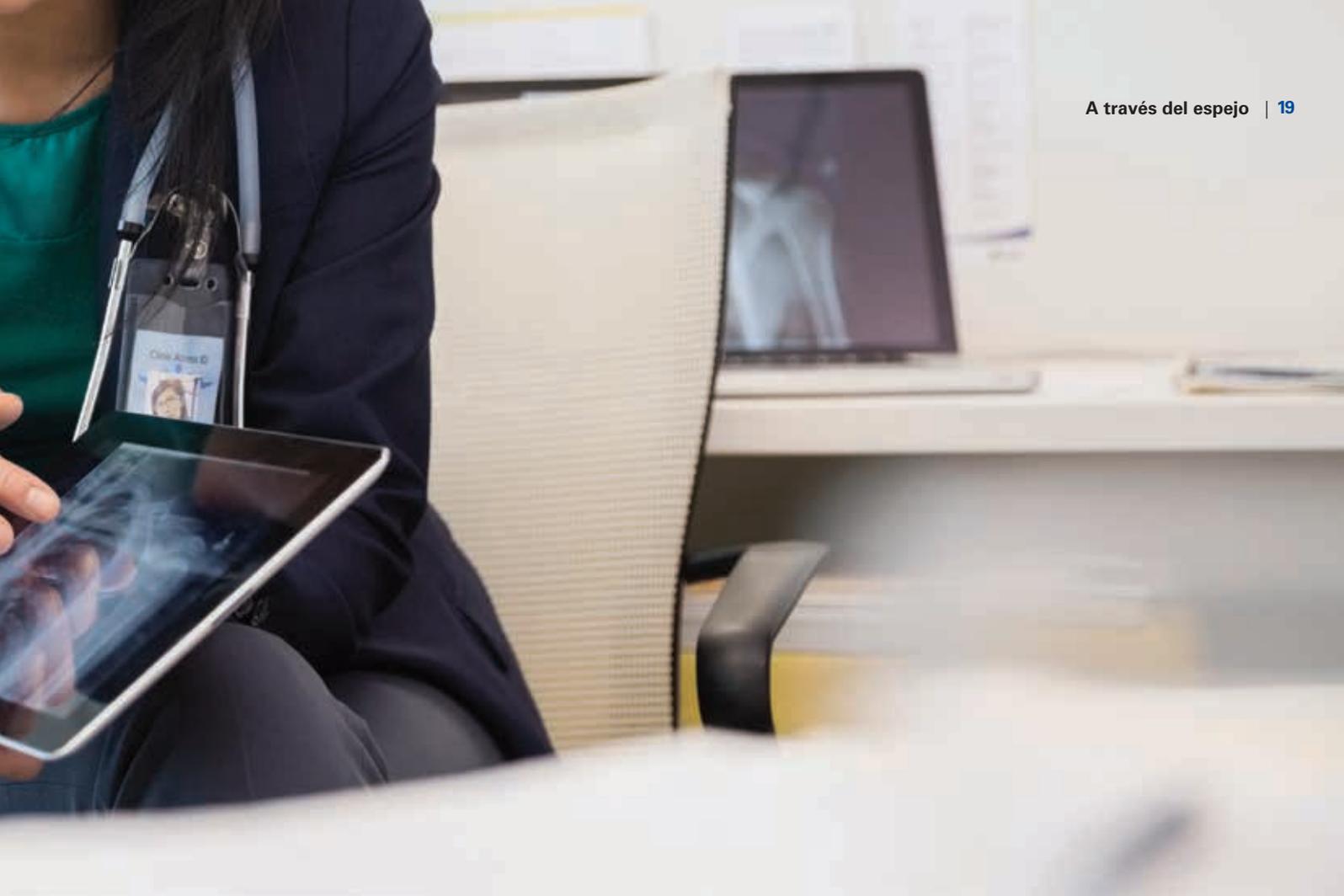
Si bien los consumidores ahora utilizan los sitios de revisión de precios y calidad de manera rutinaria para casi todas las formas de compra, no ha habido un aumento en el interés por llevar a cabo este comportamiento cuando necesitan atención médica. Las razones incluyen la falta de habilidades para comprender los datos, la publicación de datos inapropiados, la urgencia de muchas decisiones de tratamiento y la falta de opciones para actuar sobre la base de la información. El "ejército de auditores de sillón" no se ha materializado, de modo que incluso en los países más transparentes, la atención médica sigue siendo una caja negra para la mayoría de las personas.

Sin embargo, poco a poco se están aprendiendo lecciones que harán que la

información médica sea más accesible a los consumidores. En primer lugar, los portales de información están aprendiendo qué medidas son realmente valiosas para los pacientes (y haciendo que seleccionen las cosas para medirse a sí mismos), cómo visualizar y explicar los conceptos de una manera que sea fácil de entender. La provisión de ayudas para la toma de decisiones y de intermediarios/defensores también facilita en gran medida a los pacientes el procesamiento de los datos médicos para convertirlos en información procesable.

Quizás la lección más importante de los últimos años es que los pacientes son particularmente receptivos a la información asociada con su situación personal, como los costos y los resultados de calidad para un procedimiento en particular adaptado a sus circunstancias específicas.<sup>39,40,41</sup> Los registros médicos electrónicos accesibles y editables para los pacientes son otro gran ejemplo.

La iniciativa OpenNotes en EE.UU. da a los pacientes acceso no sólo a sus registros médicos, sino también a las notas de citas escritas por sus médicos. Los estudios de evaluación informan de una mejor comunicación y confianza entre los pacientes y los médicos, confianza en el autocuidado, mejor adherencia y cumplimiento de la medicación y exactitud de los registros.<sup>42,43</sup>



Tras haber comenzado en 2010 con sólo 100 médicos y 19.000 de sus pacientes, OpenNotes es ahora utilizado por los sistemas de salud en todo EE.UU., lo que permite a más de 6 millones de pacientes acceder sin restricciones a sus registros médicos. Kaiser Permanente ha encontrado que esta combinación de personalización, interactividad y transparencia ha atraído el compromiso del paciente como ningún otro sistema antes.

### **Datos abiertos para narrativas de terceros independientes**

Los sistemas de salud verán el surgimiento de organizaciones privilegiadas o aprobadas que actúan como intérpretes independientes de los datos de salud para el sistema. La capacidad de cuestionar las narrativas oficiales sobre lo que está sucediendo es una de las bases fundamentales de la transparencia en la atención médica, pero actualmente es difícil para las organizaciones hacerlo cuando sólo se pueden publicar algunos datos del sistema de salud, a menudo con datos a nivel individual que sólo están disponibles para el gobierno.

Los sistemas de salud comenzarán cada vez más a publicar datos en formatos legibles por máquina bajo licencia

abierta, lo que aumentará la capacidad de las personas externas a la organización para realizar sus propios análisis y reunir diferentes silos de datos. Incluso entonces, siempre habrá algunos datos, por ejemplo, los resultados individuales de salud que no se pueden publicar. En estos casos, los terceros responsables (sin fines de lucro o con fines de lucro) recibirán un permiso especial para tener acceso a estos datos, con el fin de formarse una opinión independiente y llevar a cabo el tipo de análisis sofisticado que es posible con big data, pero muchos gobiernos simplemente no tienen los recursos o la experiencia para llevar a cabo por sí mismos.

El Grupo Leapfrog en los EE.UU. es un ejemplo de una organización que ha promovido y defendido con éxito dicho acceso<sup>44</sup> Cada seis meses, esta organización nacional independiente sin fines de lucro publica el Puntaje de Seguridad Hospitalaria, calificando a los hospitales según su desempeño en seguridad del paciente. En respuesta a sus esfuerzos de campaña, el número de hospitales que proporcionan medidas de rendimiento ha aumentado en 15 años de 200 a 2.500, y Leapfrog también puede acceder a datos de varias agencias nacionales que recopilan datos sobre la calidad de la atención médica.

“

Es necesario hacer mucho más para que los consumidores o los compradores de atención puedan comprender su propia experiencia en materia de atención médica, o para que puedan tomar decisiones en materia de atención en salud. Diría que estamos al principio de un proceso de transparencia.”

#### **Dr. David Blumenthal**

Presidente,  
Commonwealth Fund  
New York

“

Ellos (Kaiser Permanente) encontraron que, si los pacientes se registran en los portales pueden ser administrados más eficientemente, y OpenNotes es lo que los lleva a los portales. También los hace más propensos a seguir con el sistema de salud.”

#### Dr Tom Delbanco

Codirector OpenNotes,  
Profesor de Medicina General y  
Atención Primaria, Harvard Medical  
School, Boston

Un panel de expertos en seguridad del paciente supervisa la selección de las medidas utilizadas y la metodología de puntuación. El puntaje de seguridad obtiene una cobertura mediática significativa que atrae la atención y el interés de los miembros de la junta directiva y personal del hospital, así como de la comunidad y las organizaciones de pacientes. “Exponer a los proveedores a sí mismos”, de forma regular, ha demostrado ser beneficioso para que los hospitales estén constantemente más atentos a la seguridad.

#### Herramientas de transparencia de precios para reducir el gasto en salud

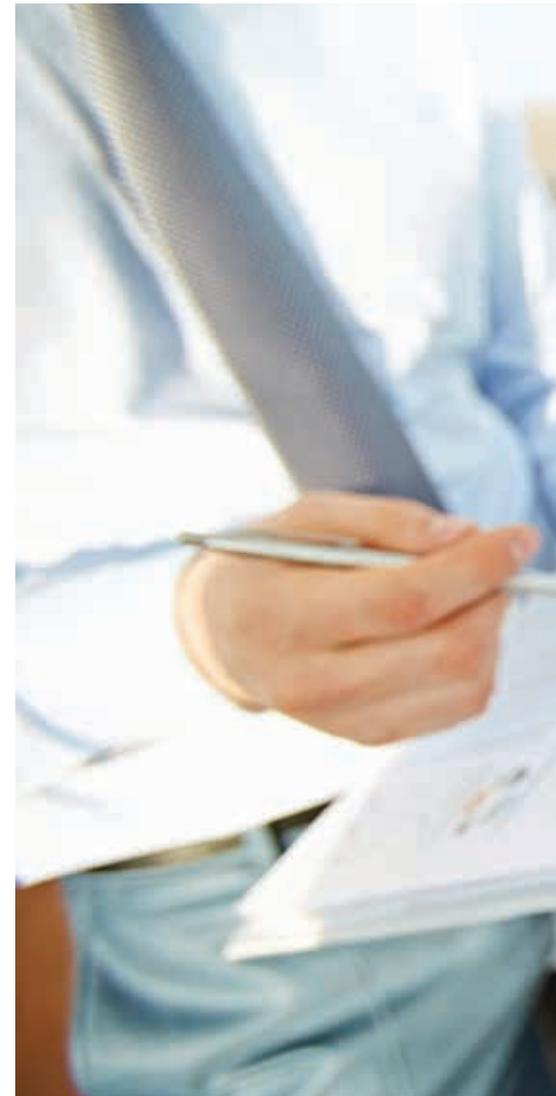
En algunos sistemas, las posibles ventajas financieras de las herramientas de transparencia de precios, que ofrecen a los consumidores información sobre los precios de los servicios de salud, son considerables. Una organización estimó que el gasto en salud en EE.UU. se redujo en 18.000 millones de dólares en 10 años<sup>45</sup>, otra calculó que sólo un aumento del 3% anual podría ahorrar 16.000 millones de dólares en 2020.<sup>46</sup> Sin embargo, las herramientas de transparencia de precios hasta ahora no han logrado reducir el gasto en salud. La mayoría de los pacientes no usan los datos para elegir los servicios de mejor valor y continúan confiando en las recomendaciones de sus médicos. Una razón clave es la baja aceptación.<sup>47,48</sup> La oferta actual de productos no atrae a los pacientes: los datos de precios se proporcionan con frecuencia sin datos sobre la calidad del servicio, no son personalizados y, con frecuencia, no se tiene información sobre los “gastos de bolsillo”. Para ser útil, la información de precios debe proporcionar una estimación significativa de los costos totales esperados de un paciente.<sup>49,50</sup>

Los recientes acontecimientos, en particular en EE.UU., están provocando cambios. Los ajustes en el mercado de seguros de salud de los EE.UU. han significado que los pacientes asegurados comercialmente ahora soporten una mayor proporción del gasto a través de mayores deducibles, copagos y coaseguros. Más de la mitad de los estados de EE.UU. han aprobado leyes que establecen sitios web de transparencia de precios o que obligan a los hospitales o planes de salud a poner a disposición de los pacientes

información sobre precios. En el sector privado se han desarrollado iniciativas de transparencia de precios, y algunas compañías de seguros han proporcionado estimaciones de costos a través de calculadoras en línea. Algunas compañías ahora ofrecen información de precios personalizada.

#### Respuestas abiertas y honestas a los eventos adversos

Si bien la amenaza de sanciones y acciones legales ha disuadido a muchos proveedores de ser demasiado abiertos con respecto a las fallas en la atención, muchos sistemas de atención médica y proveedores individuales están comenzando a oponerse a esta tendencia. Reconociendo la importancia de dar



contexto a las estadísticas frías y adelantarse a un entorno mediático que está demasiado dispuesto a culpar, las políticas que promuevan un enfoque proactivo del error se harán más comunes.

Un ejemplo de un enfoque "proactivo" que se está extendiendo rápidamente es Sykehuset Østfold, una organización de hospitales privados de Noruega. Si hay un evento adverso, el grupo de pacientes perjudicados del hospital se reunirá para considerar toda la evidencia recolectada, decidir qué se debe hacer de manera diferente para evitar que se repita y ayudar a asegurar que se implementen los cambios necesarios. En el sitio web del hospital se publica un informe completo sobre el incidente y la política y práctica de mejora (excepto en el caso de suicidios o muertes de

bebés y niños pequeños, que son poco frecuentes y hacen probable la identificación de los pacientes). El punto de vista de la gerencia es que los eventos adversos no están relacionados con el sistema individual y deben ser utilizados para aprender y mejorar, no para penalizar. Los nuevos empleados son informados en su día de inducción que si reportan eventos adversos siempre recibirán apoyo. Un año después de su implementación, otros hospitales noruegos comenzaron a seguir este modelo y recientemente se adoptó como política gubernamental para todos los hospitales.

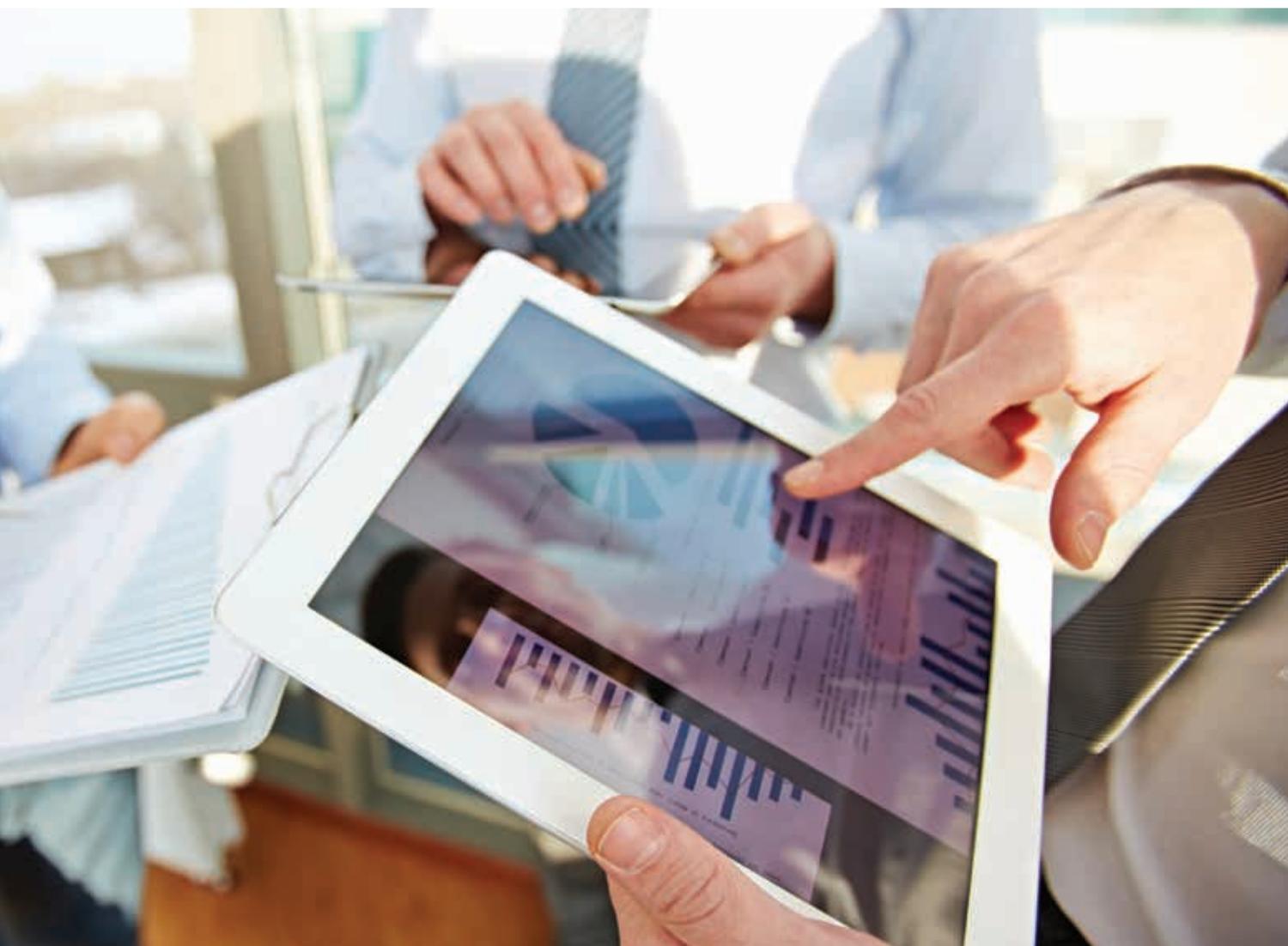
Sin embargo, aún queda un largo camino por recorrer a nivel mundial: sólo el 38% de los países que completaron el cuadro de mando de transparencia dijeron que hubo informes públicos de eventos adversos por parte de los proveedores del hospital.

“

La transparencia sólo será una política significativa y efectiva si los terceros tienen la capacidad de construir sus propias narrativas de justicia”

**Tim Kelsey**

CEO Australian Digital Health Agency, Australia





# Siete características de una transparencia exitosa en la atención médica

Hemos destacado la necesidad fundamental de que la transparencia se gestione mucho mejor si se quiere que ofrezca su potencial futuro. El escenario ampliamente optimista descrito en el capítulo anterior no se materializará si los sistemas de salud siguen malinterpretando los beneficios y riesgos de la transparencia y la utilizan como un símbolo ideológico y no como una herramienta estratégica. Nuestra investigación identifica siete características diferentes de los enfoques exitosos a los que los sistemas de salud deben prestar atención. Ilustramos cada una de estas características con estudios de casos en los que los sistemas de salud han hecho esto bien o mal.

## 1 Una estrategia consistente

Si bien un progreso gradual es mejor que nada, para aprovechar al máximo los beneficios de la transparencia a escala, resulta de ayuda adoptar un enfoque estratégico y planificado que asegure que todas las iniciativas vayan en la misma dirección y se ajusten a los mismos valores. El gobierno de Dinamarca, el país con la mayor puntuación de nuestro índice, es un excelente ejemplo de este enfoque estratégico, ya que ha creado con éxito un entorno político y legislativo positivo, apoyado por un modelo de gobierno que se centra en la calidad de la atención y la gestión de la calidad. Incorpora varias iniciativas de transparencia a nivel nacional:<sup>51</sup>

- i. *Informes públicos sobre la calidad de la atención* — Los datos sobre la calidad de la atención, incluida la información sobre la experiencia de los pacientes, los tiempos de espera y las calificaciones de los hospitales, están disponibles públicamente en el portal oficial danés de salud electrónica, Sundhed.dk. Los datos se actualizan diariamente. Esto permite que los pacientes, los médicos, responsables de las políticas y los políticos accedan libremente a toda la información médica disponible. En una parte segura del portal, los pacientes pueden acceder a su historia clínica personal.
- ii. *Encuestas nacionales sobre la experiencia de los pacientes* — Un aspecto clave de la política de salud, reflejado en la legislación danesa, es medir e informar sobre la experiencia de los pacientes, con el fin de desarrollar servicios para su beneficio. Los resultados de la Encuesta Nacional Danesa de Experiencia del Paciente se publican a nivel de unidad, hospital, regional y nacional. A nivel de unidad, los datos se utilizan para la identificación de áreas de mejora, la evaluación comparativa y el monitoreo de los esfuerzos de mejora a lo largo del tiempo.

- iii. *Agencia nacional para los derechos y las quejas de los pacientes, y la notificación de eventos adversos* — Funciona como un portal único para los pacientes que desean presentar una queja sobre el diagnóstico, atención, tratamiento o rehabilitación en el sistema de salud danés, o informar sobre un evento adverso. La legislación de seguridad del paciente exige que los profesionales de la salud informen todos los eventos adversos de los que tengan conocimiento en relación con el tratamiento y la atención; este proceso está libre de culpa y sanción. La agencia también administra el sistema de reporte de eventos adversos y garantiza que el conocimiento obtenido de todos los incidentes se use en todo el sistema para mejorar la calidad de la atención.
- iv. *Medición del sistema nacional utilizando el identificador único de pacientes* — Dinamarca cuenta con registros de salud bien desarrollados y un identificador único de pacientes que permite que todos los registros incluyan datos a nivel del paciente y combinen los datos a través de las vías de atención para obtener mediciones sofisticadas del desempeño de la calidad. Los resultados se ajustan a la combinación de casos para garantizar la comparabilidad de los datos a nivel de unidad, hospital, regional y nacional. Los médicos y gerentes reciben los resultados mensualmente. Se realizan auditorías estructuradas que incluyen la interpretación y evaluación de los resultados y sugerencias de mejora. Después de la auditoría, los resultados se hacen públicos.

## 2 Tomar la iniciativa de proveedores innovadores

Si bien abundan los ejemplos de consecuencias imprevistas de las iniciativas de transparencia verticales diseñadas de forma centralizada, el historial es mucho mejor cuando la política está dirigida por lo que ya están haciendo los mejores pagadores y

1



### Acciones clave para los gobiernos:

- Desarrollar un enfoque de transparencia de todo el sistema con un entorno político y legislativo positivo, respaldado por una gobernanza centrada en la calidad de la atención
- Legislar para medir y reportar la calidad de los datos de salud, incluyendo la experiencia del paciente y PROMS, a nivel de unidad y proveedor
- Asegurar que la comunicación de los datos sobre la calidad de la atención sea accesible, comprensible y actualizada
- Establecer públicamente los derechos individuales de los pacientes
- Asegurar que se informe públicamente de los eventos adversos
- Establecer un sistema claro de quejas de los pacientes

1



### Acciones clave para los proveedores:

- Medir y reportar datos de la experiencia del paciente, incluyendo PROMS
- Establecer y publicar una política para proteger a los denunciantes de irregularidades (personal que informa sus preocupaciones sobre la calidad o seguridad de la atención médica) de cualquier repercusión negativa
- Asegurar que la comunicación de los datos sobre la calidad de la atención sea accesible, comprensible y actualizada



El mayor impulso proviene de un grupo elitista de proveedores que realmente quieren mejorar cada vez más. Son increíbles y nos empujan a todos a la transparencia.”

**Leah Binder**

Director Ejecutivo, The Leapfrog Group, Washington

2



**Acciones clave para los gobiernos:**

- Fomentar la contratación de directores ejecutivos de proveedores que lideren la promoción de la transparencia interna y externa
- Ofrecer incentivos de políticas y financiación para las iniciativas de los proveedores en materia de transparencia
- Difundir el aprendizaje a nivel nacional a partir de buenos modelos e innovaciones de transparencia de los proveedores locales.

2



**Acciones clave para los proveedores:**

- Incluir el papel y la responsabilidad de liderar la promoción de la transparencia interna y externa en las descripciones de los puestos de trabajo de los CEO y otros puestos de liderazgo
- Recompensar a los CEO que presenten iniciativas de transparencia que mejoren con éxito la calidad de la atención

proveedores de un sistema. La regulación y la legislación por sí solas no cambian los corazones y las mentes, y la atención médica es simplemente demasiado compleja para que las iniciativas de transparencia tengan éxito si se "hacen" al sistema. La mayoría de las innovaciones constructivas ocurren localmente por organizaciones individuales que se inspiran para mejorar. Incluso si un sistema tiene rezagados y aquellos que se resisten al cambio, siempre es más seguro mirar lo que ya funciona bien en algún lugar y expandirlo, que imponer nuevas prácticas que suenan bien en el papel pero que crean una carga y confusión innecesarias en la primera línea.

Just Ebbeson, CEO de Sykehuset Østfold en Noruega, es uno de esos innovadores proveedores líderes. En 2016 ganó el premio noruego a la transparencia (åpenhet), de todas las organizaciones noruegas, no sólo de atención médica. Sykehuset Østfold, un grupo de atención médica de propiedad pública, proporciona servicios de salud especializados a unas 280.000 personas a través de tres centros hospitalarios en el condado de Østfold, en el sudeste de Noruega. El enfoque de liderazgo de Ebbeson es una combinación de desafío y apoyo, respaldado por la opinión de que la transparencia debe ser utilizada para construir una organización de aprendizaje. Para él, la transparencia no es una ideología, sino una herramienta estratégica para impulsar los cambios de comportamiento que permitan la mejora continua de la seguridad y la calidad. Cuando comenzó como CEO en 2009, el grupo hospitalario no obtuvo una buena puntuación en los indicadores de rendimiento de calidad y buscó "victorias tempranas" para cambiar la cultura. Una de sus primeras acciones ayudó a establecer la cultura de que los errores son fallas sistémicas, no individuales. Dos funcionarios estaban bajo revisión por negligencia por la inspección nacional de calidad. Inmediatamente se quejó de que el hospital, y no el personal, debería ser responsable por estos daños. Cuando esto no

funcionó, llevó el caso al Defensor del Pueblo Civil y ganó; el hospital fue culpado por los incidentes. Esto envió un mensaje claro, no sólo a su personal, sino a todo el país, de que el personal estaría protegido si se presentaban errores - lo importante era aprender de ellos.

Otras acciones estratégicas que han ayudado a Sykehuset Østfold a integrar una cultura de transparencia son:

- Cuando los datos comparativos nacionales de los resultados del desempeño mostraron que Sykehuset Østfold obtuvo una puntuación inferior al promedio en los resultados de supervivencia a 30 días, Just Ebbesen no cuestionó las cifras, pero afirmó que era importante que los datos transparentes estuvieran disponibles
- Un programa interno de mejora de la revisión por pares utilizado para destacar las variaciones ha conducido a mejoras en la calidad, por ejemplo, dos sitios tenían diferencias del 40% en la supervivencia al accidente cerebrovascular, por lo que cerraron el más pequeño y vieron aumentos instantáneos en los niveles de supervivencia
- La incorporación de Transparency International para ayudar a reformar las prácticas de compra y adquisición a fin de reducir las sospechas sobre conflictos de intereses
- Todo el personal tiene tabletas conectadas a los pacientes de los que son responsables, para que puedan recibir mensajes de alerta personal

La experiencia de Just Ebbeson proporciona algunas lecciones valiosas sobre la transparencia a nivel de proveedor individual:

- El fuerte liderazgo visionario de los proveedores innovadores es una buena base para la política nacional, como el sistema de eventos adversos de los hospitales, que ahora es una práctica común en toda Noruega (ver página 14).
- Los datos pueden utilizarse eficazmente para mejorar la calidad de la atención si los médicos están de acuerdo y se sienten identificados con el desarrollo de las medidas.

- Para mejorar la calidad de la atención, se consideró más importante centrarse en los objetivos de mejora interna y en la evaluación comparativa del hospital, que en el rendimiento comparativo con otros hospitales noruegos (el tamaño y las situaciones son tan variadas).
- La competencia del equipo y los sistemas organizacionales determinan los resultados, no el desempeño individual.
- Ser abierto y transparente cambia el enfoque de los medios de comunicación; están menos inclinados a atacar y más preparados para presentar los pasos que se toman para evitar el mismo error nuevamente

### 3 Medir lo que es importante para los pacientes

La información sobre la experiencia del paciente es un motivador clave para atraer a más consumidores a usar los datos de desempeño en las decisiones de atención médica, y debería ser una preocupación primordial a la hora de decidir qué datos medir y publicar.<sup>52</sup> Las plataformas de redes sociales como TripAdvisor, RateMyTeachers, 311 y Yelp, en las que las personas pueden compartir y revisar sus experiencias de servicio, han demostrado ser muy populares y eficaces para mejorar los estándares de servicio.

Los PROMS son una fuente de información particularmente rica, ya que se han vinculado a mejoras en la calidad de la atención, predicen la probabilidad de reingreso hospitalario<sup>53</sup>, e identifican problemas de seguridad. Sin embargo, actualmente las medidas de proceso tienen más probabilidades de ser reportadas que los resultados de los pacientes. Sólo el 22 por ciento de los países que completan nuestro cuadro de mando de transparencia publican de forma habitual los datos de los resultados y la experiencia de los pacientes.

En este contexto, el NHS England introdujo la Prueba de Amigos y Familiares (FFT, por sus siglas en inglés) en 2013, ofreciendo a los pacientes la oportunidad de calificar los servicios locales que utilizan al proporcionar información en tiempo

real sobre su experiencia. El objetivo principal era hacer públicos estos comentarios en los sitios web del NHS para que los pacientes y el público pudieran usar la información para tomar decisiones sobre la atención hospitalaria. La FFT hace una sola pregunta sobre si el usuario recomendaría el servicio a amigos y familiares si necesitaran atención o tratamiento similar, y ofrece una variedad de respuestas. La metodología se basa en el Net Promoter Score, desarrollado como una medida de lealtad a la marca, y ampliamente empleado en el sector privado para evaluar la satisfacción del cliente.

Aunque los hospitales individuales habían estado utilizando el FFT durante algún tiempo, las primeras revisiones de su implementación nacional fueron muy críticas, lo que planteó varias inquietudes: los puntajes de las pruebas fueron malinterpretadas por el público, los datos fueron "controlados"; la comparación con los proveedores no era fiable porque no había una forma estandarizada de administrar el FFT, y los resultados se publicaron sin un ajuste para la combinación de pacientes. En respuesta, NHS England introdujo varias modificaciones significativas en la metodología, implementación y uso del FFT<sup>54</sup>:

- Establecer claramente cuál fue el uso apropiado de los datos: recopilar la retroalimentación de las personas que usan los servicios que pueden ser alimentados directamente al personal que proporciona su atención; proporcionar una amplia medida de la experiencia del paciente que puede ser utilizada junto con otros datos para informar la elección del paciente; e identificar las áreas en las que se pueden hacer mejoras para que se puedan tomar medidas prácticas
- Herramientas analíticas sofisticadas utilizadas para identificar cuando los datos de la prueba han sido "burlados"
- Publicación del número de respuestas junto con las puntuaciones del FFT para indicar los niveles de participación dentro de una organización

“

La población espera cada vez más este tipo de transparencia. O reaccionamos lentamente y nos pasa.... o somos activos y lo manejamos, y lo moldeamos nosotros mismos, lo que nos ayuda a aprender y construir confianza y una mejor conversación en torno al cuidado de la salud.”

#### Just Ebbesen

CEO,  
Sykehuset Østfold,  
Noruega

#### La pregunta de amigos y familiares

Nos gustaría que pensara en su experiencia reciente con nuestros servicios. ¿Qué tan probable es que usted recomiende nuestro (pabellón/práctica, etc.) a amigos y familiares si necesitan un tratamiento similar?

3



### Acciones clave para los gobiernos:

- Informar públicamente las calificaciones de los pacientes sobre si recomendarían a otros los servicios de salud que han utilizado
- Usar los datos de la experiencia del paciente junto con otros datos de calidad para informar la elección del paciente
- Proporcionar retroalimentación en tiempo real al personal sobre los datos de la experiencia del paciente para permitir mejoras rápidas en la calidad cuando sea necesario
- Comunicar claramente a los ciudadanos cómo se utilizarán los datos de la experiencia del paciente.

3



### Acciones clave para los proveedores:

- Medir si los pacientes recomendarían los servicios de salud que han utilizado a otros
- Comunicar claramente a los pacientes cómo se utilizarán los datos de la experiencia del paciente.
- Utilizar internamente los datos de la experiencia del paciente para capacitar al personal para realizar cambios dirigidos por el paciente y estimular las mejoras locales
- Informar públicamente de cualquier cambio realizado en respuesta a los hallazgos de los datos de la experiencia del paciente

- Un mensaje claro de que no debe utilizarse como medida comparativa de la calidad de la atención en todo el país
- La adición de un cuadro de comentarios de texto libre

El FFT se ha extendido posteriormente a la mayoría de los servicios del NHS Inglés. Ha demostrado ser una herramienta poderosa para mejorar el servicio, al aumentar el énfasis puesto en la experiencia del paciente y promover una mejor cultura de respuesta del personal a la retroalimentación de los pacientes. El FFT también es popular entre los pacientes como fuente de datos sobre la calidad de los servicios. Desde 2013, el FFT ha obtenido más de 25 millones de calificaciones de pacientes por su experiencia en la atención médica, lo que lo convierte en la mayor fuente de opinión de los pacientes en el mundo. Se están considerando técnicas de aprendizaje automático que emplean algoritmos predictivos para analizar y hacer un mayor uso de los datos de texto abierto recopilados por el FFT, lo que puede ser una rica fuente de información sobre la experiencia del paciente.<sup>55</sup>

### 4 Menos medidas, más datos significativos

Existe un difícil equilibrio entre la creciente facilidad con la que se pueden recopilar y publicar los datos de salud y la comprensión de muchos líderes de servicios de que la transparencia es más poderosa cuando se centra en un número menor de indicadores que realmente importan. Si bien en muchos países se culpa a la transparencia de crear una enorme carga de recopilación de datos, en su mayor parte ocurre lo contrario: llama la atención sobre la cantidad de datos que se están recopilando de todos modos, lo que permite un debate más inteligente sobre lo que se debe recopilar y por qué.

Este debate se está actualmente en los Países Bajos. A principios de la década, los hospitales reportaron un gran volumen de indicadores a los registros clínicos. La mayoría de estos indicadores se relacionaban con el proceso y la estructura, muy

pocos con los resultados clínicos. En general, tenían una relevancia limitada para la mejora de la calidad, y su recolección, costosa en términos de tiempo y esfuerzo, fue resentida. Santeon Hospitals, una asociación de siete hospitales docentes, decidió que el número de métricas reportadas necesitaba ser reducido y que sólo los indicadores de valor para los pacientes y la calidad de su atención debían ser medidos y reportados. En 2013 introdujeron el programa 'Care for Outcome', inicialmente para una serie de diferentes tipos de cáncer y luego para otras enfermedades. La ambición es tener conjuntos de indicadores de resultados para las 25 enfermedades más costosas que actualmente representan el 45% de los costos de Santeon Hospitals, para el 2020.

Las características clave del programa incluyen:

- Acuerdo sobre un conjunto compacto de 6-7 indicadores relevantes y medibles para cada condición, en consulta con pacientes y médicos, basado en medidas relevantes para el paciente identificadas en la literatura existente e informadas por la teoría de la atención médica basada en valores
- Un cuadro de mando para cada condición con los indicadores seleccionados y qué y cómo deben ser medidos
- Resultados para cada indicador publicado por cada hospital de Santeon
- Variación identificada y analizada, y posibles mejoras discutidas por equipos multidisciplinarios que incluyen médicos, enfermeras, pacientes y una aseguradora de salud (para iniciar la discusión sobre el pago de resultados vinculados a la calidad)
- Aprendizaje compartido entre los equipos clínicos sobre las mejoras de calidad introducidas en respuesta a la variación, el funcionamiento y el no funcionamiento

- Evaluación comparativa de los resultados de las innovaciones locales y luego implementar lo mejor en todos los hospitales de Santeon

El programa ha demostrado que con un conjunto mínimo de indicadores de resultados publicados, que reducen la carga administrativa para los hospitales y los médicos, la calidad de la atención puede mejorar en todos los equipos clínicos. Por ejemplo, como resultado de los malos resultados identificados por el bajo volumen de prostatectomías realizadas en el hospital de Eindhoven, las operaciones se trasladaron a uno de los otros hospitales de Santeon, Canisius Wilhelmina. Este centro estaba llevando a cabo un alto volumen de prostatectomías utilizando instalaciones robóticas. Los médicos del Hospital de Eindhoven fueron entrenados para usar el robot y supervisados por sus colegas de Canisius Wilhelmina. Los dos grupos de médicos compartieron el aprendizaje y la experiencia sobre lo que funcionó bien y lo que no. Posteriormente, las complicaciones graves disminuyeron en ambos hospitales del 8% al 0%. La tasa de márgenes quirúrgicos positivos también disminuyó: en el hospital de bajo volumen de 51% a 24% y, especialmente, en el hospital de alto volumen, del 40% al 22%.

## 5 Proporcionar transparencia de precios personalizada

La transparencia de precios puede desempeñar un papel importante a la hora de estimular la elección de proveedores entre los consumidores y garantizar que no sean "estafados". Esto es particularmente importante en países como Estados Unidos, donde el sector privado domina la prestación de servicios de salud, pero también en los sistemas de salud de un solo pagador, donde hay algunos proveedores privados. Sin embargo, la transparencia de precios puede ser difícil de lograr; algunas aseguradoras y proveedores privados se muestran reacios a hacer que los precios sean transparentes por temor a que esto resulte en una pérdida de participación de mercado. Las herramientas de transparencia de precios que ofrecen información

personalizada a los pacientes han sido recientemente introducidas en el sector privado. De acuerdo con las pruebas sobre lo que los consumidores buscan a partir de los datos de precios para apoyar la elección, la información disponible refleja los costos reales para los pacientes individuales. Castlight Health en los EE.UU. es una de esas empresas que ofrece este tipo de herramienta de transparencia de precios. Ofrece una plataforma de beneficios personalizada a los empleados de las compañías clientes (empleadores autoasegurados). Los empleados pueden comparar precios y calidad entre los servicios de salud y los proveedores. Los datos que se muestran en la caja de herramientas provienen de las reclamaciones de seguro de los administradores de los planes de salud y de una serie de organizaciones nacionales que brindan información sobre la calidad de la atención. Los empleados pueden agregar sus propios puntajes de satisfacción.

Castlight Health ha tenido que hacer frente a complejos desafíos en la implementación de su herramienta de transparencia de precios. Hay varias lecciones importantes asociadas con esta experiencia:

- Empezaron con clientes empleadores más grandes porque necesitaban grandes cantidades de datos y querían el poder de defensa de los empleadores para presentar el caso a los administradores de los planes de salud.

“

Simplemente trabaje con las medidas de resultado e ignore todos los indicadores que no son relevantes ... Nuestros médicos están muy contentos porque ven la relevancia de las medidas y realmente pueden usarlas para analizar y estudiar debido a la variación, y aprender de las mejores prácticas de los demás. Esto está funcionando muy bien para mejorar la calidad de la atención. ”

### Leonique Niessen

Director, Santeon Hospitals,  
Países Bajos

4



### Acciones clave para los gobiernos:

- Evaluar la relevancia y el valor de las métricas de salud reportadas para la mejora de la calidad y si pueden reducirse en número
- Centrarse en la presentación de informes sobre las medidas para identificar las variaciones en las que podría ser posible mejorar la calidad, no en la gestión del rendimiento.

4



### Acciones clave para los proveedores:

- Involucrar a pacientes y médicos en la decisión de las medidas de resultado más importantes.
- Trabajar en colaboración con los registros clínicos y los reguladores para determinar las medidas más significativas para recopilar e informar
- Utilizar internamente un número limitado de medidas de resultado clave para impulsar la mejora entre los grupos de médicos

5



### Acciones clave para los gobiernos:

- Legislar para que los proveedores brinden a los pacientes, de manera clara y rápida, los precios totales que deben pagar por cada una de las condiciones médicas
- Legislar para que las compañías de seguros proporcionen herramientas personalizadas de transparencia de precios
- Informar públicamente los precios totales que los proveedores de atención médica cobran a los aseguradores/pagadores de salud por afecciones y tratamientos médicos individuales
- Legislar contra los acuerdos contractuales entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud que limitan la transparencia de los precios

5



### Acciones clave para los proveedores:

- Informar públicamente los precios totales que los pacientes deben esperar que se les cobren por condiciones y tratamientos médicos individuales (y, cuando sea apropiado, vías de atención)
- Desafiar los acuerdos contractuales con las aseguradoras de salud que limitan la transparencia de los precios

- Los clientes más progresistas, que realmente quieren impulsar el consumo de precios, son los que más han apoyado el uso de los empleados de la plataforma Castlight Health, educándolos en sus beneficios y en cómo usarla.
- Para respaldar una adopción más amplia, los clientes necesitan ver el ahorro de costos que supone el uso de la plataforma por parte de sus empleados; esto no es inmediato y lleva tiempo
- El uso de datos de diferentes administradores de planes de salud y fuentes de información de calidad de la atención es difícil y complejo; la calidad de los datos varía considerablemente, hay vacíos y falta de consistencia; sin embargo, la transparencia de los datos ha dado lugar a mejoras en la calidad de los datos.
- Los acuerdos contractuales entre algunas grandes aseguradoras y proveedores de salud restringen Castlight Health en los datos de precios que pueden mostrar a los consumidores, el proveedor puede incluso impedir que muestren algo; el poder de mercado se utiliza para limitar la transparencia

No obstante, entre los usuarios, la herramienta de transparencia de precios parece exitosa en la reducción de costos para algunos servicios de salud. Un estudio reciente mostró que su uso se asoció con menores pagos totales de reclamaciones por pruebas de laboratorio, imágenes avanzadas y, en menor medida, visitas al consultorio del médico. El estudio analizó las reclamaciones médicas de más de medio millón de pacientes durante el período 2010-2013, asegurados por 18 empleadores que proporcionan la plataforma para sus empleados.<sup>56</sup>

### 6 Un enfoque de "toma y daca" para salvaguardar los datos de los pacientes

Los sistemas de salud deben seguir una línea muy delgada en el tratamiento de los datos de los pacientes. Por un lado, existe un amplio reconocimiento de los

beneficios potenciales de permitir un cierto intercambio y un mayor acceso a los datos de salud a nivel individual en cuanto a la mejora de los servicios, el desarrollo de nuevos tratamientos y la predicción de quién puede enfermarse. Por otro lado, las posibilidades de los biobancos y el big data llegan en un momento en el que cada vez hay menos expectativas de que cualquier organización pueda mantener sus datos plenamente protegidos, y la sospecha de las motivaciones de algunas partes interesadas que desean acceder a ellos.<sup>57,58</sup> Como las diferencias entre el acceso de los pacientes a los registros (13% de los países) y la legislación sobre la privacidad de los pacientes (91% de los países), la privacidad personal suele ser la más poderosa de estos dos campos. La seguridad de los datos y el gobierno de información se han convertido en una necesidad, pero ¿cómo gestionarlos correctamente?

Estas preocupaciones se manifestaron en la reciente reacción a la propuesta de implementación de care.data en el Reino Unido. Se trata de un programa para vincular datos entre médicos generales y hospitales, lanzado en 2013 por NHS England. Se explicó al público que los datos debían extraerse de las consultas de medicina general con ciertos identificadores personales disponibles y otros eliminados, por ejemplo, el número de NHS del paciente, pero no su nombre o dirección. Los datos se pondrían a disposición de un organismo público, autorizado por ley para administrar datos personales sensibles, lo que vincularía los datos a los registros del hospital; permitiendo así el seguimiento de los resultados de los pacientes a través de la vía de atención. Todos los identificadores personales se eliminarían tan pronto como los datos estuvieran vinculados y sólo las organizaciones "autorizadas" tendrían acceso a estos datos. Habría una transparencia total sobre cómo se utilizaron los datos para que el público pudiera ver los beneficios de su uso compartido. Sin embargo, dado que el programa planteó preocupaciones sobre la privacidad de los pacientes, se les dio a todos los pacientes el derecho a "optar por no participar" en la iniciativa.

Durante este proceso, los medios informaron sobre dos noticias influyentes. En primer lugar, los datos a nivel individual podrían ser accedidos por las compañías farmacéuticas y de seguros autorizadas. En segundo lugar, una organización del NHS había divulgado datos a nivel individual a terceros, y al menos una de ellas los estaba transmitiendo a otras organizaciones. Los medios de comunicación y la protesta pública, junto con más de un millón de personas que optaron por no participar en el esquema, llevaron a NHS England a posponer el programa.

En respuesta, el gobierno introdujo una legislación que permite el uso de los datos de los pacientes sólo para fines de salud y atención. También lanzaron dos revisiones paralelas de la seguridad de los datos en todo el NHS.<sup>59,60</sup> Los resultados de la revisión mostraron que existe un amplio respaldo a los datos personales que se utilizan en el funcionamiento del sistema de salud y social cuando se explican claramente los beneficios de hacerlo, pero las personas no entendían del todo qué opciones tienen en relación con el uso de su información, y encontraron que el sistema era difícil de comprender. Después de la publicación de estos hallazgos, se cerró el programa care.data.

Se adoptó un enfoque totalmente diferente en Australia, que relanzó su My Health Record en 2016, y pudo aprender de la historia de care.data. La promoción de su nueva herramienta pone énfasis en el acceso tanto personal como organizacional. El programa incluye un resumen seguro de la información de salud de una persona a la que se puede acceder en línea, controlar lo que entra y quién tiene acceso. El uso secundario de los datos de My Health Record para fines de investigación, políticas y planificación está actualmente abierto a la consulta de la comunidad.<sup>61</sup>

Las lecciones para futuras iniciativas de compartir datos de salud a nivel individual incluyen:

- Se necesita un amplio diálogo público sobre cómo se utilizará

la información sobre la salud y la atención, pero los beneficios no deben ser sólo teóricos o para el sistema: las mejoras personales tangibles para los pacientes son eficaces para disipar muchas preocupaciones

- Para aprovechar los beneficios de los datos de salud masivos a nivel individual se requiere un enfoque completamente transparente de la seguridad y el gobierno de datos.
- Los pacientes deben participar estrechamente en el diseño y la evaluación continua del sistema
- Si bien la popularidad de las redes sociales ha provocado un cambio cultural en cuanto a la disposición de publicar datos personales, sigue existiendo una preocupación generalizada por compartir datos personales de salud
- Se debe disponer de un modelo de consentimiento/exclusión para que las personas puedan elegir claramente la forma en que se utilizarán sus datos para fines que van más allá de su atención directa
- El énfasis en las comunicaciones públicas debe estar en las personas que tienen acceso a su propio historial de salud personal y el control sobre lo que implica esto y quién puede acceder a él; no en el acceso de terceros, que es difícil de explicar y comprender

## 7 Promover narrativas independientes para mejorar la comprensión

La evaluación e interpretación independiente de los datos permite comprender mejor el impacto y los resultados de las políticas, el rendimiento y los mercados de la atención médica. Una vez informados, las narrativas alternas a las proporcionadas por las autoridades ejecutivas requieren el intercambio de datos en formatos abiertos y legibles por máquina. Esto supone un reto para los gobiernos, ya que implica la relajación del control sobre cómo se utilizarán los datos.

6



## Acciones clave para los gobiernos:

- Desarrollar una estrategia de protección y privacidad de los datos personales de los pacientes, incluidas las obligaciones y responsabilidades de todas las partes interesadas.
- Involucrar a los pacientes y sus familias, así como a otras partes interesadas, en la determinación de esta estrategia
- Establecer garantías legislativas para el intercambio de los datos personales de los pacientes con acuerdos claros de consentimiento/exclusión
- En las comunicaciones, poner énfasis en que los pacientes tengan acceso a su propio resumen de registros médicos personales, control sobre su contenido y quién puede acceder a él

6



## Acciones clave para los proveedores:

- Proporcionar comunicaciones claras a los pacientes sobre la privacidad de los datos y la estrategia de protección de los datos personales de los pacientes, incluidos los acuerdos de consentimiento/exclusión
- En las comunicaciones, poner énfasis en que los pacientes tengan acceso a su propio resumen de registros médicos personales, control sobre su contenido y quién puede acceder a él

“

Todo ese debate, toda esa preocupación por la privacidad no fue manejada ”

7



### Acciones clave para los gobiernos:

- Publicar datos en formatos abiertos y legibles por máquina y bajo una licencia abierta, lo que permite el procesamiento y análisis independiente de los datos
- Publicar la metodología y los cálculos usados para reportar los datos (incluyendo los datos subyacentes utilizados en algoritmos), para permitir que otras organizaciones repliquen, verifiquen o cuestionen las interpretaciones
- Establecer acuerdos con terceros sobre cómo se divulga la información

7



### Acciones clave para los proveedores:

- Publicar datos en formatos abiertos y legibles por la máquina

Dr Foster fue una de las primeras organizaciones que proporcionó esta función a un sistema nacional de salud. Lanzaron su primera Guía Hospitalaria para hospitales ingleses en 2001, proporcionando información y análisis de la variación en los resultados de atención médica, para pacientes, público y profesionales. El proyecto fue fundado sobre la base de que serviría al interés público. Esto fue subrayado por la creación de un comité independiente para supervisar su trabajo, con el derecho de restringir las actividades si se considera que son contrarias al interés público. Un aspecto clave para hacer posible el intercambio de datos fue el acuerdo alcanzado por Dr. Foster con el gobierno, en virtud del cual se avisaba con varios días de antelación sobre cualquier publicación.

A pesar de las fuertes reacciones de aquellos que estuvieron de acuerdo y en desacuerdo con la información publicada por Dr. Foster, esta tuvo un impacto significativo en el debate sobre la mejora de la calidad de la atención en Inglaterra. En algunos

“

Es crear una falta de transparencia si todo lo que tienes es una cuenta de lo que significan los datos. Con Dr. Foster dijimos que podíamos tener los datos subyacentes, y cuando los volvimos a analizar de una manera muy diferente, mostramos dónde había un problema. La simple publicación de las tasas de mortalidad o supervivencia no crea transparencia.”

### Roger Taylor

Presidente  
Open Public Services Network,  
Londres

casos, se investigaron los hospitales identificados dcf`XYVU`c`XY` YgrCbXUf, y la ]bj Ygh] UWeb pública sobre los resultados de la mortalidad en el hospital de Stafford WcbW`è que sin Dr. Foster, las estadísticas comparativas de mortalidad no se publicarían con la rapidez o la exhaustividad con que se publican en la actualidad.<sup>62</sup>

En los Estados Unidos, el Health Care Incentives Improvement Institute (HCII) utiliza técnicas analíticas avanzadas para proporcionar valiosas narrativas independientes de terceros. Por ejemplo, publicaron un análisis de los datos de reclamos de New Hampshire para histerectomías, mostrando indicadores de atención de baja calidad.<sup>63</sup> New Hampshire facilitó el HCII al hacer este análisis al proporcionar sus bases de datos de salud en formato legible por máquina. New Hampshire también permite la publicación de narrativas de datos de terceros siempre y cuando se compartan con el estado antes de la publicación.

# Cómo puede ayudar KPMG

La transparencia de la información puede ser un poderoso agente de cambio positivo que puede reducir el costo y mejorar la calidad de la atención médica. Sin embargo, hay desafíos potenciales que deben ser abordados o superados para lograr los beneficios que la transparencia puede crear

La transparencia de la información puede ser un poderoso agente de cambio positivo que puede reducir el costo y mejorar la calidad de la atención médica. Sin embargo, existen desafíos potenciales que deben abordarse o superarse para lograr los beneficios que la transparencia puede crear.

La industria de la salud se ve impactada por muchos factores, como el envejecimiento de la población, las presiones presupuestarias, el aumento de los costos de los tratamientos y las crecientes demandas de los pacientes. La disponibilidad de datos oportunos, precisos y relevantes para proporcionar y evaluar la eficacia de la atención prestada a los pacientes es esencial para garantizar una atención consistente, eficiente, efectiva y de calidad. Sin embargo, esta información no tendrá el impacto adecuado si no está disponible para las partes interesadas adecuadas.

Aunque hoy en día no existen conjuntos de datos ni procesos estandarizados para acumular, analizar y distribuir información de salud, existen varias iniciativas en todo el mundo para crear marcos estandarizados que mejoren la consistencia y la transparencia de los datos de salud, con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad de la atención.

Sin embargo, incluso sin normas nacionales o globales, para tener éxito y ser competitivos a largo plazo, los sistemas de atención médica deben centrarse en garantizar la transparencia de los datos pertinentes (por ejemplo, costo, resultados operativos, mortalidad, errores médicos, etc.) para cada una de las partes interesadas.

La práctica de Global Healthcare de KPMG es líder en el sector de la salud, ayudando a las organizaciones en todo el ecosistema de la salud a trabajar juntas en nuevas formas para ayudar a transformar el negocio de la salud. Nuestra visión es llevar lo mejor de la práctica global a su organización a través de nuestra red de 4.500 profesionales de la salud dedicados en 152 países. Nuestros equipos ofrecen un portafolio líder en el mercado de herramientas y servicios enfocados en ayudar a nuestros clientes a establecer estrategias apropiadas, diseñar e implementar nuevos modelos de negocio, aprovechar la tecnología y los datos y análisis para guiarlos en su camino hacia el suministro de datos oportunos, precisos y relevantes a cada uno de sus grupos de interés, con el fin de reducir el costo y mejorar la calidad de la atención.

Para obtener más información sobre las lecciones y los ejemplos de este informe, comuníquese con el responsable de Healthcare de KPMG en su región.

# Autores y colaboradores



## **Dr. Mark Britnell**, Presidente y Socio de Global Health Practice, KPMG en el Reino Unido

60 países, ayudando a gobiernos y organizaciones de los sectores público y privado en sus operaciones, estrategias y políticas. Tiene una visión global pionera e inspiradora de la atención médica tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo y ha escrito extensamente sobre lo que funciona en todo el mundo ([kpmg.com/whatworks](http://kpmg.com/whatworks)).

Mark ha dedicado su vida profesional a la salud y ha dirigido organizaciones a nivel local, regional, nacional y global. Fue CEO de hospitales universitarios de alto rendimiento en Birmingham y planeó la construcción del nuevo hospital más grande en el NHS. También dirigió el NHS desde Oxford hasta la Isla de Wight antes de unirse al Consejo de Administración del NHS como Director General. Desarrolló High Quality Care for All con Lord Darzi y recientemente publicó su primer libro "In Search of the Perfect Health System", que ganó el premio Best Health and Social Care Book 2016 en los BMA Book Awards. @markbritnell



## **Marc Scher**, Socio de KPMG en EE.UU. y líder Global y en E.E.U.U. del sector de Healthcare Audit

Marc es socio de auditoría en el Condado de Orange y dirige la práctica de atención médica del sur de California. Tiene más de 30 años de experiencia en grandes sistemas de salud, proveedores de cuidados a largo plazo, hospitales, organizaciones de biotecnología, pagadores, cooperativas de compra de productos de salud, investigación médica y otros proveedores de servicios de salud. Tiene una amplia experiencia asesorando y aconsejando en las áreas de auditoría, informes financieros y financiaciones exentas de impuestos. Además de su papel en el área de la salud, Marc es socio revisor de la SEC e instructor nacional de los cursos de desarrollo profesional en el área de la salud de KPMG. También fue Presidente de la Healthcare Financial Management Association, Principles & Practices Board.



## **Stefan Friedrich**, Socio, KPMG en Alemania

Stefan es un experto en gestión hospitalaria y sanitaria en la industria alemana de la salud y la asistencia social. Durante los últimos 10 años ha prestado servicios a numerosos clientes en Alemania, China, Oriente Medio y Europa Central para aprender y beneficiarse de las mejores prácticas internacionales de salud. Sus áreas de especialización incluyen la gestión hospitalaria, la evaluación comparativa y la mejora de la calidad y el margen, la gobernanza, la transparencia y las soluciones de garantía de la regulación sanitaria, la nueva economía de la atención médica y los modelos de negocio digital de la asistencia médica disruptiva.. Stefan es también profesor de sistemas de salud internacionales en la Universidad Internacional de Dresde y autor de numerosas publicaciones sobre temas de gestión de la salud.



## **Larry Kocot**, Director, KPMG en Estados Unidos y Líder Nacional del Center for Healthcare Regulatory Insight de KPMG

Larry es director de KPMG en Estados Unidos y líder nacional del Center for Healthcare Regulatory Insight de KPMG. El Centro sigue las tendencias normativas y de políticas de salud que impulsan la transformación de la atención médica y la convergencia de la industria, así como las implicaciones más amplias de operar en un entorno de pago y prestación de servicios de salud más integrado y colaborativo en los Estados Unidos. Brinda asesoramiento y aconseja a empresas sobre estrategias corporativas y asuntos regulatorios relacionados con programas de salud pública, incluyendo Medicare y Medicaid. Larry fue asesor principal del administrador de los Centros de Servicios de Medicaid (CMS) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. En esta capacidad, estuvo involucrado en una amplia gama de asuntos de políticas de atención médica y operaciones relacionadas con Medicare y Medicaid. Antes de unirse a KPMG, ejerció la abogacía en Epstein Becker Green, PC, y Dentons, LLP de EE.UU., y también fue Vicepresidente Senior y Asesor General en la National Association of Chain Drug Stores.



## **Prakash Wilson**, Director, KPMG en Australia

Prakash tiene más de 16 años de experiencia en asesoramiento, auditoría interna, proyectos de gobernanza (incluyendo el desarrollo e implementación de marcos de gobernanza de políticas), gestión de riesgos, análisis de procesos y reingeniería de procesos. Actualmente se desempeña como Líder de Consultoría de Riesgos para la Educación de KPMG. Además de centrarse en el sector público, aporta a su función una amplia experiencia en el sector privado.



### **Nick Rolfe, Gerente Senior, KPMG en Canadá**

Nick es Gerente Senior de Healthcare de KPMG en Canadá. Nick comenzó su carrera en KPMG en el Reino Unido en 2004, donde prestó servicios de auditoría a una amplia variedad de proveedores y pagadores de servicios de salud. También trabajó con las principales instituciones académicas de salud dirigiendo sus servicios de auditoría interna. Después de mudarse a Canadá en 2015, Nick se convirtió en el líder nacional de la red de servicios de salud "Board Grip" de KPMG, que se centra en la auditoría interna, gobernanza y riesgo. Actualmente dirige los servicios de auditoría interna de organizaciones como University Health Network y SickKids.



### **Neil Thomas, Socio, KPMG en el Reino Unido**

Neil es el Líder de Healthcare Audit del Reino Unido. Desde que se unió a KPMG, ha trabajado extensamente en clientes del sector de la salud, educación y la beneficencia, y actualmente divide su tiempo entre trabajos de asesoramiento y la dirección de una serie de clientes de auditoría. Algunos de sus principales clientes han sido Foundation Trust y Audit Commission. A partir de su trabajo de auditoría interna y de otros trabajos, Neil ha desarrollado una comprensión profunda de los regímenes financieros, contables y de gobernanza que existen en el sector público, así como un amplio conocimiento de la metodología Monitor para la concesión de licencias y una planificación empresarial eficaz en el entorno hospitalario.



### **Wencke Van Der Meijden, Gerente Senior, Líder de Healthcare, KPMG en Noruega**

Wencke dirige la práctica de la salud en Noruega. Tiene una amplia experiencia en todos los principales sectores de la salud, incluyendo la atención y cura, las compañías de seguros y el gobierno. Wencke ha visto el sistema de salud desde diferentes ángulos y tiene una gran pasión por mejorar el cuidado de la salud junto con los profesionales médicos. A lo largo de su carrera ha dirigido grandes proyectos para mejorar la calidad y la eficacia de las instituciones sanitarias y un rediseño del sistema sanitario de los Países Bajos. Wencke tiene una maestría en Economía de la Salud y otra en Política y Derecho Internacional de la Salud de la Universidad Erasmus de Rotterdam.



### **Dee Dee Owens, Socia, KPMG en Estados Unidos**

Dee Dee es socia de la oficina de KPMG en Los Ángeles. Tiene más de 15 años de experiencia en asesoramiento y auditoría de proyectos con especialización en gestión de proyectos de TI y gobierno de SI. Dee Dee se enfoca en asesorar a sus clientes en habilidades altamente técnicas relacionadas con grandes transformaciones de tecnología de TI, gestión de proyectos y garantía de calidad, informes de terceros, privacidad y seguridad, diseño de control, gestión de riesgos y asesoría de auditoría interna, y auditorías internas y compromisos de co-sourcing. Se especializa en las industrias de salud, gobierno estatal y local y ha trabajado con los planes de salud y proveedores de atención médica más grandes de los Estados Unidos, así como con muchas agencias gubernamentales estatales y locales de gran tamaño.



### **Dan Harradine, Socio, KPMG en Australia**

Dan es socio de KPMG Australia en la práctica de Health, Ageing and Human Services (HAHS). Antes de unirse a la firma en 2013, Dan ocupó una serie de altos cargos gubernamentales en Australia. Tiene más de 17 años de experiencia trabajando en los sectores público y privado, y combina su conocimiento del gobierno y del sector público, la prestación de servicios del sector privado y el entorno de atención médica en general para apoyar la estrategia, la mejora operativa, la gestión de riesgos y problemas y los proyectos de transformación sanitaria a gran escala. Dan ha liderado importantes iniciativas de reforma y mejora del sistema de salud en varias jurisdicciones australianas, incluyendo la implementación de reformas nacionales de salud en uno de los estados más grandes de Australia, Queensland. Dan es miembro del equipo nacional de liderazgo de la HAHS y dirige los servicios de asesoramiento de salud de KPMG en Queensland y el Territorio del Norte.

Con un agradecimiento especial a Francesca Taylor y Jonty Roland que dirigieron la investigación y la redacción del informe.

# Entrevistados

**Charlotte Alldritt**, Director, RSA Public Services and Communities, and Open Public Services Network, UK

**Dr Sharon Arnold**, Director, Agency for Healthcare Research and Quality, Washington

**Leah Binder**, CEO, The Leapfrog Group, Washington

**Dr David Blumenthal**, President, Commonwealth Fund, New York

**Sheila Burke**, Research Fellow, Malcolm Weiner Centre for Social Policy, John F Kennedy School of Government, Harvard University, Massachusetts

**Helen Darling**, Interim President and CEO National Quality Forum, Washington

**Dr Tom Delbanco**, Co-Director Open Notes, Professor of General Medicine and Primary Care, Harvard Medical School, Boston

**Emma Doyle**, Head of Data Policy, NHS England, UK

**Andrea Ducas**, Programme Officer, Robert Wood Johnson Foundation, New Jersey

**Just Ebbesen**, CEO Østfold Sykehuset, Norway

**Carlos Iglesias**, Senior Researcher, Open Data, World Wide Web Foundation, Washington

**Tim Kelsey**, CEO Australian Digital Health Agency, Australia

**Dr Ralf Kuhlen**, Managing Medicine, Helios Kliniken GmbH, Germany

**Paul Levy**, Former President and CEO, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston currently Senior Advisor Lax Sebenius LLC, Massachusetts

**Malcolm Lowe Lauri**, Executive Director, Cambridge University Health Partners

**Jayne Lux**, Head Global Business Group Health, Washington

**Elizabeth Mitchell**, President and Chief Executive Officer, Network for Regional Healthcare Improvement, Maine

**Kristin Torres Mowat**, SVP Health Plan Development & Data Operations, Castlight Health, California

**Leonique Niessen**, Director, Santeon Hospitals, Netherlands

**Dr Ricardo Rodrigues**, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Austria

**Dr Brian Ruff**, CEO and Partner, Professional Provider Organisation Services (PPO Serve), South Africa

**Dr Lewis Sandy**, Senior Vice President, Clinical Advancement, United Health Group, Minnesota

**Roger Taylor**, Chair, Open Public Services Network, UK

**Dr Juan Tello**, Programme Manager, Health Governance, Division of Health Systems and Public Health, WHO Regional Office for Europe, Denmark

**Matthias Wismar**, Senior Health Policy Analyst, European Observatory on Health Systems and Policies, Belgium

# Anexo 1

## Resultados del Marco de Transparencia de los Sistemas Mundiales de Salud

Tabla 2: Puntuaciones de la calidad de la atención médica por país (puntaje del indicador)

Dimensión 1: Calidad de la atención médica						
	1.1. Tasas de mortalidad/ supervivencia para condiciones y tratamientos médicos individuales	1.2. Mortalidad por todas las causas/ tasas de supervivencia	1.3. Tasas de reingreso hospitalario	1.4. Tiempos de espera para la atención de emergencias	1.5. Notificación de "eventos adversos"	1.6. Infecciones adquiridas en el hospital
Austria	1	1	1	1	1	1
Australia	1	1	2	3	2	2
Brasil	3	1	1	1	1	3
Canadá	1	3	3	3	1	1
China	1	1	1	1	1	1
Dinamarca	3	1	3	3	3	1
Finlandia	3	1	1	1	1	3
Francia	3	3	1	1	1	1
Alemania	1	1	1	1	1	1
Grecia	1	1	1	1	1	1
Islandia	1	1	2	2	2	1
India	1	1	1	1	1	1
Israel	1	1	3	3	1	1
Italia	3	1	3	1	3	1
Japón	1	1	1	1	3	3
Arabia Saudita	1	1	1	1	1	1
Luxemburgo	1	1	1	1	1	1
México	1	1	1	1	1	2
Nueva Zelanda	1	1	1	1	2	2
Holanda	3	3	1	1	2	2
Noruega	3	3	1	1	3	3
Polonia	1	1	1	1	1	1
Portugal	1	3	1	3	1	1
República de Irlanda	1	1	1	1	1	1
República de Corea	1	1	1	1	1	1
Rusia	2	1	1	1	1	1
Singapur	1	3	2	2	3	1
Sudáfrica	1	1	1	1	1	1
España	3	3	3	3	2	2
Suecia	3	1	3	3	3	4
Suiza	1	3	1	1	1	1
Reino Unido	3	2	2	2	2	1

**Tabla 3: Puntajes de la experiencia del paciente por país (puntaje del indicador)**

<b>Dimensión 2: experiencia del paciente</b>				
	<b>2.1. Medidas de resultado informadas por el paciente</b>	<b>2.2. Satisfacción del paciente</b>	<b>2.3. Aprobación del paciente</b>	<b>2.4. Quejas de los pacientes</b>
Austria	1	1	1	1
Australia	1	3	1	3
Brasil	2	2	1	4
Canadá	1	2	1	2
China	1	1	1	1
Dinamarca	1	3	1	3
Finlandia	1	1	1	3
Francia	1	3	1	3
Alemania	2	2	2	1
Grecia	1	1	1	2
Islandia	2	2	1	2
India	1	1	1	1
Israel	3	3	3	3
Italia	1	1	1	1
Japón	1	1	1	1
Arabia Saudita	1	1	1	1
Luxemburgo	1	2	1	2
México	1	3	1	1
Nueva Zelanda	1	1	1	4
Holanda	2	3	3	3
Noruega	1	3	1	3
Polonia	1	1	1	3
Portugal	1	1	1	3
República de Irlanda	1	1	1	1
República de Corea	1	1	1	1
Rusia	1	1	1	2
Singapur	1	3	3	3
Sudáfrica	1	1	1	1
España	1	2	1	2
Suecia	2	3	1	3
Suiza	1	3	3	2
Reino Unido	3	2	3	3

Tabla 4: Puntaje financiero por país (puntaje del indicador)

Dimensión 3: Financiero				
	3.1. Desempeño financiero	3.2. Precios que se cobran a los pacientes	3.3. Precios que se cobran a los aseguradores/ pagadores de salud	3.4. Divulgación de pagos, regalos y atenciones al personal de salud
Austria	3	2	1	1
Australia	3	2	2	3
Brasil	1	3	3	1
Canadá	3	1	1	1
China	1	2	2	1
Dinamarca	3	3	3	1
Finlandia	3	3	3	1
Francia	3	1	3	1
Alemania	2	3	3	1
Grecia	1	2	2	1
Islandia	2	3	3	1
India	2	1	1	1
Israel	1	3	1	1
Italia	1	3	3	1
Japón	1	3	3	1
Arabia Saudita	1	2	2	1
Luxemburgo	1	3	1	1
México	2	1	1	1
Nueva Zelanda	1	3	3	3
Holanda	3	1	2	3
Noruega	3	3	3	1
Polonia	1	3	3	1
Portugal	3	3	3	1
República de Irlanda	3	3	1	1
República de Corea	3	3	3	1
Rusia	1	3	3	1
Singapur	3	3	3	1
Sudáfrica	1	1	1	1
España	2	1	1	1
Suecia	3	3	2	1
Suiza	1	3	3	1
Reino Unido	3	3	3	1

Tabla 5: Puntajes de gobernanza por país (puntaje del indicador)

Dimensión 4: Gobernanza					
	4.1. Legislación sobre la libertad de información	4.2. Derechos del paciente	4.3. Procesos de adquisición y toma de decisiones	4.4. Toma de decisiones públicas	4.5. Participación del paciente/ público
Austria	3	3	1	1	1
Australia	2	3	4	2	3
Brasil	2	3	4	2	2
Canadá	3	3	3	2	2
China	1	1	1	1	1
Dinamarca	3	3	4	2	3
Finlandia	3	3	3	3	2
Francia	3	3	2	1	3
Alemania	3	3	1	1	2
Grecia	2	2	4	2	1
Islandia	3	3	1	1	2
India	2	2	1	1	1
Israel	2	3	2	1	1
Italia	2	3	2	1	1
Japón	3	3	1	1	1
Arabia Saudita	1	3	2	1	1
Luxemburgo	3	3	2	1	1
México	2	2	2	1	1
Nueva Zelanda	3	3	4	3	2
Holanda	2	3	3	1	2
Noruega	3	3	1	3	3
Polonia	2	3	2	1	1
Portugal	3	3	2	1	1
República de Irlanda	3	3	1	3	2
República de Corea	3	3	1	1	1
Rusia	2	2	4	1	1
Singapur	3	3	3	1	3
Sudáfrica	2	2	1	1	1
España	3	3	4	1	1
Suecia	2	3	2	3	1
Suiza	3	3	3	1	1
Reino Unido	2	3	2	3	3

Tabla 6: Puntajes de los datos personales de salud por país (puntaje del indicador)

Dimensión 5: Datos personales de salud				
Indicadores	5.1. Sistema electrónico de registro de pacientes	5.2. Documentación clínica compartida	5.3. Política de privacidad y protección de datos del paciente	5.4. Información sobre el uso de los datos del paciente
Austria	1	1	4	3
Australia	2	1	4	2
Brasil	1	1	4	3
Canadá	1	1	4	1
China	1	1	1	1
Dinamarca	3	3	4	3
Finlandia	4	1	4	3
Francia	1	1	4	1
Alemania	1	1	4	3
Grecia	1	1	4	1
Islandia	1	1	4	1
India	1	1	2	2
Israel	3	1	4	3
Italia	1	1	4	3
Japón	1	1	3	1
Arabia Saudita	1	1	3	1
Luxemburgo	1	1	4	1
México	1	1	2	1
Nueva Zelanda	1	1	4	3
Holanda	1	1	4	1
Noruega	1	2	4	3
Polonia	1	1	3	3
Portugal	3	3	3	3
República de Irlanda	1	1	4	2
República de Corea	1	1	4	1
Rusia	1	1	4	1
Singapur	1	1	3	1
Sudáfrica	1	1	4	2
España	2	1	4	3
Suecia	2	2	4	3
Suiza	1	1	3	3
Reino Unido	2	1	4	1

**Tabla 7: Comunicación de los puntajes de los datos de salud por país (puntaje del indicador)**

<b>Dimensión 6: Comunicación de datos de salud</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>6.1. Datos accesibles</b>	<b>6.2. Datos actualizados</b>	<b>6.3. Comparación directa de proveedores y servicios</b>	<b>6.4. Formatos de datos abiertos</b>
Austria	2	1	1	2
Australia	2	2	2	3
Brasil	1	2	1	2
Canadá	3	1	3	4
China	1	1	1	1
Dinamarca	1	3	2	1
Finlandia	3	3	3	4
Francia	3	2	3	1
Alemania	2	3	2	2
Grecia	1	1	1	1
Islandia	1	3	1	1
India	1	1	1	1
Israel	3	2	1	2
Italia	1	2	1	3
Japón	1	1	1	1
Arabia Saudita	1	1	1	1
Luxemburgo	3	2	1	1
México	2	1	2	2
Nueva Zelanda	3	3	2	3
Holanda	1	3	3	3
Noruega	2	1	2	2
Polonia	3	3	1	1
Portugal	3	2	2	3
República de Irlanda	1	2	1	2
República de Corea	3	3	2	3
Rusia	1	1	1	2
Singapur	2	1	2	1
Sudáfrica	1	1	1	1
España	1	2	2	1
Suecia	2	2	1	2
Suiza	1	1	2	1
Reino Unido	3	2	2	1

# Anexo 2

## Metodología de puntaje para el Marco de Transparencia de los Sistemas Globales de Salud

La metodología de puntaje es simple y directa, lo que hace que el cuadro de mando sea accesible y fácil de completar, así como adecuado para ser replicado a lo largo del tiempo. Hay una escala de tres grados de 1 a 3 para cada indicador, más un punto extra en algunos indicadores para recompensar la excelencia. En general, "no, o sólo unos pocos/raramente" gana 1 punto; "la mayoría/en su mayoría" gana 2 puntos; y, "todos/siempre" gana 3 puntos. No es necesario contar los números reales para cada indicador, pero como guía "la mayoría/mayormente" = más del 50%.

La mayoría de los indicadores se califican en relación con los "proveedores de servicios hospitalarios", que pretenden incluir a los proveedores de servicios hospitalarios públicos y privados, pero excluyen a las pequeñas clínicas de salud, a los proveedores especializados o a los proveedores de nicho que sólo atienden a una pequeña población.

Algunos indicadores se califican en relación con los "proveedores de atención médica", con la intención de abarcar cualquier organización que preste servicios de salud (incluidos los proveedores de servicios de salud hospitalarios, comunitarios, ambulatorios y de salud mental). Una vez más, los pequeños proveedores especializados o de nicho pueden ser excluidos, por ejemplo, si todos los grandes proveedores siguen una regulación particular, pero los pequeños, por ejemplo, los proveedores privados electivos están exentos, marque "todos".

Reconocemos que en algunos países existen diferentes sistemas de salud con diferentes niveles de transparencia (por ejemplo, Ontario vs. Quebec en Canadá). En estos casos, se debe usar el juicio para discernir la mejor puntuación para dar para el desempeño general en todo el país.

## Asesoramiento adicional

Cuando el sector privado de un país es muy "nicho" (tal vez menos del 10 por ciento de la actividad), el puntaje debe centrarse en el sector público. Cuando la atención médica privada es más común que eso, y se puede argumentar que es una parte importante del sistema de prestación de servicios de salud, entonces debería incluirse.

Para obtener un puntaje de '3' en los indicadores 1.1-1.6, los datos deben ser publicados por cada proveedor de servicios hospitalarios (no agregados a nivel provincial, regional o de fideicomiso). Hemos seleccionado este enfoque de puntuación porque sólo los datos publicados de esta manera permitirán a los pacientes elegir entre los distintos proveedores en función de la calidad. También permite identificar los valores atípicos de los proveedores de servicios hospitalarios en los que el rendimiento es relativamente bajo y es probable que la mejora contribuya a una atención médica de mejor calidad.

# Anexo 3

## Marco de Transparencia de los Sistemas de Salud Global de KPMG

1. Calidad de la atención médica				
Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>1.1. Tasas de mortalidad/supervivencia para condiciones y tratamientos médicos individuales</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe un informe público de las tasas de mortalidad o supervivencia ajustadas al riesgo en el hospital para una serie de afecciones o tratamientos médicos agudos comunes (por ejemplo, accidente cerebrovascular, cáncer, trasplantes, reemplazo de cadera)?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital  <b>Bonus point:</b> También para todos los equipos clínicos individuales o médicos que proporcionan tratamiento en el hospital
<b>1.2. Tasas de mortalidad por todas las causas/supervivencia</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de las tasas de mortalidad por todas las causas ajustadas al riesgo o tasas de supervivencia, ya sea en el hospital o dentro de los 30 días posteriores al alta?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital
<b>1.3. Tasas de reingreso hospitalario</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de las tasas de reingreso hospitalario no planificado para una serie de afecciones o tratamientos médicos agudos (por ejemplo, accidente cerebrovascular, cáncer, trasplantes, reemplazo de cadera)?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital
<b>1.4. Tiempos de espera para la atención de emergencia</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe información pública sobre el tiempo promedio de espera para la atención de emergencia (por ejemplo, entre la llegada y el tratamiento en una sala de emergencia)?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital
<b>1.5. Notificación de "acontecimientos adversos"</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe un informe público de "eventos adversos" (un evento durante el tratamiento que resulta en daño o muerte del paciente)?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital  <b>Bonus point:</b> Para cada incidente, se publica también el proceso de mejora que se sigue como resultado.
<b>1.6. Infecciones adquiridas en el hospital</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existen informes públicos de tres o más infecciones adquiridas en el hospital (por ejemplo, infecciones del tracto urinario asociadas con catéteres; clostridium difficile (c.diff) o estafilococo áureo resistente a la meticilina[MRSA])?	No, o sólo para unos pocos proveedores del hospital	Sí, para la mayoría de los proveedores del hospital	Sí, para todos los proveedores del hospital  <b>Bonus point:</b> Esta información también se publica a nivel de sala o equipo clínico

2. Experiencia del Paciente				
Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>2.1. Patient reported outcome measures</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de las medidas de resultado informadas por los pacientes (PROMS) para una gama de tratamientos médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios (por ejemplo, reemplazos de cadera, trasplantes)?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>2.2. Satisfacción del paciente</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Se publican las medidas de satisfacción de los pacientes, basadas en encuestas de la experiencia de atención de salud de los pacientes (por ejemplo, qué tan bien se comunicaba el personal; si el dolor estaba bien controlado; qué tan limpio y silencioso era el ambiente de atención)?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>2.3. Aprobación del paciente</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de las calificaciones de los pacientes sobre si recomendarían el servicio de salud que han utilizado a otros, por ejemplo, amigos y familiares?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>2.4. Quejas de pacientes</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe un sistema claro de quejas con detalles publicados de a quién pueden presentar una queja sobre problemas con su atención médica, cómo se manejará una queja y una persona/organización nombrada que pueda ayudarles a presentar la queja?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	<b>Bonus point:</b> También se publica información sobre el aprendizaje y las medidas adoptadas en respuesta a las quejas.

3. Financiero				
Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>3.1. Desempeño financiero</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Publican los proveedores de atención médica un informe anual con cuentas financieras auditadas de forma independiente?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>3.2. Precios que se cobran a los pacientes</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de los precios totales que los pacientes deben esperar que se les cobren por condiciones y tratamientos médicos individuales?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>3.3. Precios que se cobran a los aseguradores/pagadores de salud</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de los precios totales que los proveedores de atención médica cobran a los aseguradores/pagadores de salud por las condiciones y tratamientos médicos individuales?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica o pagadores	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica o pagadores	Sí, para todos los proveedores de atención médica o pagadores
<b>3.4. Divulgación de pagos, regalos y atenciones al personal de salud</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un informe público de todos los pagos, regalos y atenciones al personal de salud?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica

## 4. Gobernanza

Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>4.1. Legislación sobre la libertad de información</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Tiene el país una ley de derecho a la información que se aplica a las organizaciones que proporcionan, pagan o regulan los servicios de salud (esto da derecho a los ciudadanos a hacer preguntas y recibir información sobre los servicios locales o nacionales)?	No, o se aplica sólo a las organizaciones nacionales que proporcionan, pagan o regulan los servicios de salud	Sí, pero se aplica sólo a todas las organizaciones <i>públicas</i> que prestan, pagan o regulan servicios de atención médica	Sí, esto se aplica a todas las organizaciones <i>públicas</i> y privadas que prestan, pagan o regulan los servicios de salud
<b>4.2. Derechos del paciente</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Se han establecido públicamente los derechos de los pacientes, indicando a qué tienen derecho los pacientes individuales y qué pueden esperar de los proveedores del sistema de salud, incluyendo la información, la privacidad y el consentimiento para el tratamiento?	No, o se aplica sólo a unos pocos proveedores de atención médica	Sí, se aplica a la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, se aplica a todos los proveedores de atención médica
<b>4.3. Procesos de adquisición y toma de decisiones</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe información pública disponible sobre los procesos de adquisición de servicios de salud, incluidas las ofertas de licitación, los términos y condiciones y el proceso de toma de decisiones?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica  <b>Bonus point:</b> Los precios de adquisición y los contratos también se publican de forma rutinaria
<b>4.4. Toma de decisiones públicas</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Se publican en línea las actas de las reuniones de la junta directiva y de los comités, incluidas las decisiones adoptadas?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica
<b>4.5. Participación del paciente/público</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Participan los representantes de los pacientes y del público en la toma de decisiones estratégicas de los proveedores de atención médica (por ejemplo, los representantes de los pacientes y del público en los consejos de administración o comités de alto nivel de los proveedores de atención médica, o se les invita a subcomités específicos para que compartan sus puntos de vista sobre la planificación y el rendimiento)?	No, o sólo para unos pocos proveedores de atención médica	Sí, para la mayoría de los proveedores de atención médica	Sí, para todos los proveedores de atención médica

5. Datos Personales de Salud				
Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>5.1. Sistema electrónico de registro de pacientes</b>  <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe un acceso gratuito y fácil para los pacientes a su registro de pacientes actualizado en línea, incluyendo los resultados de las pruebas clínicas?	No, o sólo unos pocos pacientes	Sí, la mayoría de los pacientes	Sí, todos los pacientes  <b>Bonus point:</b> Si los pacientes pueden compartir el acceso a su historia clínica electrónica con cualquier otra organización de su elección
<b>5.2. Documentación clínica compartida</b>  <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Existe un portal para pacientes en el que estos puedan contribuir o editar sus datos personales de salud, como por ejemplo, notas médicas?	No, o sólo para unos pocos pacientes	Sí, para la mayoría de los pacientes	Sí, para todos los pacientes
<b>5.3. Política de privacidad y protección de datos del paciente</b>  <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Existe una política publicada de protección y privacidad de los datos de los pacientes que establezca las obligaciones y responsabilidades de todas las partes interesadas para la protección de los datos de los pacientes, incluida la forma en que se gestionarán las violaciones de la confidencialidad o la seguridad?	No, o sólo para unos pocos proveedores	Sí, para la mayoría de los proveedores	Sí, para todos los proveedores  <b>Bonus point:</b> Si se trata de una obligación legal (a diferencia de una política o lineamiento)
<b>5.4. Información sobre el uso de los datos del paciente</b>  <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Se informa a los pacientes sobre el uso que terceros hacen de sus datos de salud individuales a través de un informe confidencial actualizado o de un sitio web sobre cómo han sido utilizados por otras organizaciones?	No, o sólo para unos pocos pacientes	Sí, la mayoría de los pacientes	Sí, todos los pacientes

6. Comunicación de datos de salud				
Indicador	Descripción	Tarjeta de puntaje		
		1	2	3
<b>6.1. Datos accesibles</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	<b>Donde se reportan las métricas para los indicadores de 'Calidad de la Atención Médica' y 'Experiencia del Paciente'</b> ¿Están los datos a disposición del público a través de un sitio o sitios web específicos, es decir: fácilmente localizables a través de una búsqueda estándar en Internet, de libre acceso y fáciles de navegar con una función de búsqueda en el sitio?	No, o sólo una cantidad limitada de datos de salud	Sí, la mayoría de los datos de salud	Sí, todos los datos de salud
<b>6.2. Datos actualizados</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Se mantienen actualizados los datos reportados regularmente (por ejemplo, los datos reportados anualmente no tienen más de un año de antigüedad; los datos reportados mensualmente no tienen más de un mes de antigüedad)?	No, o rara vez	Sí, la mayoría de las veces	<b>Bonus point:</b> Si los datos se notifican siempre en tiempo real
<b>6.3. Comparación directa de proveedores y servicios</b> <i>(puntaje total posible = 3 puntos)</i>	¿Se pueden adaptar los datos a un conjunto específico de circunstancias (por geografía y servicio) para que los pacientes y los médicos puedan elegir con conocimiento de causa entre diferentes proveedores mediante una comparación directa?	No, o rara vez	Sí, para la mayoría de los datos	Sí, para todos los datos
<b>6.4. Formatos abiertos de datos</b> <i>(puntaje total posible = 4 puntos)</i>	¿Se publican los datos en formatos abiertos y legibles por la máquina, por ejemplo, .csv, .xlsx, .xml?	No, o rara vez	Sí, la mayoría de las veces	<b>Bonus point:</b> Si los datos también se publican bajo una licencia abierta que permita el procesamiento y análisis independiente de los datos

# Referencias

- <sup>1</sup> Greer SL, Wismar M, Figueras J and McKee C. *Governance: a framework* Chapter 2 in *Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance* eds. Greer SL, Wismar M, Figueras J. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, UK, 2016
- <sup>2</sup> Wetzell S. *Transparency: A Needed Step Towards Health Care Affordability*, American Health Policy Institute, 2014
- <sup>3</sup> Vian T, Savedoff WD and Mathisen H. *Anticorruption in the Health Sector: Strategies for Transparency and Accountability*. Kumarian Press, Bloomfield, CT, USA, 2010
- <sup>4</sup> The National Patient Safety Foundation *Shining a Light. Safer Health Care Through Transparency*, The National Patient Safety Foundation, Boston, MA, USA, 2015
- <sup>5</sup> Patel K, Mari D, Brandt C. *Recommendations to Achieve a More Transparent Health Care System for Consumers*, Health Policy Issue Brief, Feb 2015. The Brookings Institute, Washington DC, USA, 2015
- <sup>6</sup> Taylor R and Kelsey T. *Transparency And The Open Society. Practical lessons for effective policy*. Policy Press, Bristol, UK, 2016
- <sup>7</sup> The reason for selecting hospitals as the unit of measurement in many indicators is that this is an easily transferrable concept across many different health systems, whereas understandings of community or primary care can vary dramatically.
- <sup>8</sup> Where publicly available is defined as published without access restrictions or the need to lodge requests (such as FOI) with agencies
- <sup>9</sup> Fung CH, Lim YW, Mattke S. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 111–123
- <sup>10</sup> Ketelaar N, Faber MJ, Flottorp S et al. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 11: CD004538
- <sup>11</sup> Tu JV, Donovan LR, Lee DS et al. Effectiveness of Public Report Cards for Improving the Quality of Cardiac Care. The EFFECT Study: A Randomized Trial. *JAMA*. 2009; 32
- <sup>12</sup> Lamb GC, Smith MA, Weeks WB, Queram C. Publicly reported quality-of-care measures influenced Wisconsin Physician groups to improve performance. *Health Aff (Millwood)* 2013; 33: 536–543
- <sup>13</sup> Ikkershiem DE & Koolman X, Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? A comparison of the consumer quality index over time, *BMC Health Services Research* 12:76 (2012).
- <sup>14</sup> Dehmer GJ, Drozda JP, Brindis RG et al. Public Reporting of Clinical Quality Data. An Update for Cardiovascular Specialists. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63: 1239–1245
- <sup>15</sup> Fung CH, Lim YW, Mattke S. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 111–123
- <sup>16</sup> Campanell P, Vukovic V, Parente P et al. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2016; 16:296
- <sup>17</sup> Bridgewater B, Grayson AD, Brooks N et al. Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in northwest England: an analysis of 25,730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over eight years. *Heart*. 2007; 93: 744–748
- <sup>18</sup> Bridgewater B, Hickey GI, Cooper G et al. Publishing cardiac surgery mortality rates: lessons for other specialities. *BMJ*. 2013; 346: f1139
- <sup>19</sup> Devore AD, Hammil BG, Hardy NC et al. Has Public Reporting of Hospital Readmission Rates Affected Patient Outcomes? Analysis of Medicare Claims Data. *J Am Coll Card*. 2016; 67: 963–972
- <sup>20</sup> Joynt KE, Orar J, Zheng J and Jha AK. Public Reporting of Mortality Rates for Hospitalized Medicare Patients and Trends in Mortality for Reported Conditions. *Ann Intern Med*. 2016; 165: 153–160
- <sup>21</sup> Williams N. Ahead of the game. *Bull R Coll Surg Engl*. 2013; 8: 250–251
- <sup>22</sup> Radford PD, Derbyshire LF, Shalhoub JEF et al. Publication of surgeon specific outcome data: A review of implementation, controversies and the potential impact on surgical training. *Int J Surg*. 2015; 13: 211–216
- <sup>23</sup> Walker K, Neuburger J, Groene O et al. Public reporting of surgeon outcomes: low numbers of procedures lead to false complacency. *Lancet*. 2013; 382: 1674–1677
- <sup>24</sup> Lilford R, Mohammed AM, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care; avoiding institutional stigma. *Lancet*. 2004; 363: 1147–1154
- <sup>25</sup> Joynt KE, Orar J, Zheng J and Jha AK. Public Reporting of Mortality Rates for Hospitalized Medicare Patients and Trends in Mortality for Reported Conditions. *Ann Intern Med*. 2016; 165: 153–160
- <sup>26</sup> Bridgewater B, Irvine D and Keogh B. NHS transparency. Not yet perfect, but a huge step forward. *BMJ*. 2013; 347: f14402
- <sup>27</sup> Martin SA and Sinsky CA. The map is not the territory: medical records and 21st century practice. *Lancet*. 2016; Apr 25
- <sup>28</sup> Constandriopoulos D, Champagne F and Denis JL. The multiple causal pathways between performance measures' use and effect. *Med Care Res Rev*. 2014; 71: 3–20
- <sup>29</sup> Walker K, Neuburger J, Groene O et al. Public reporting of surgeon outcomes: low numbers of procedures lead to false complacency. *Lancet*. 2013; 382: 1674–1677
- <sup>30</sup> Fung CH, Lim YW, Mattke S. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 111–123
- <sup>31</sup> Werner RM, Konezka RT, Stuart EA et al. Changes in Patient Sorting to Nursing Homes under Public Reporting: Improved Patient Matching or Provider Gaming? *Health Serv Res*. 2011; 46: 555–571

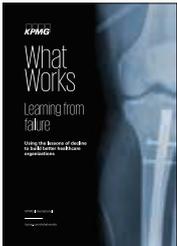
- <sup>32</sup> Greer SL, Wismar M, Figueras J and McKee C. *Governance : a framework Chapter 2 in Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance* eds. Greer SL, Wismar M, Figueras J. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, UK, 2016
- <sup>33</sup> Eindhoven DC, Wierda E, de Bruijne MC et al. The year of transparency: Measuring quality of cardiac care. *Neth Heart J*. 2015; 23: 457–465
- <sup>34</sup> Krahwinkel W, Schuler E, Liebetau M et al. The effect of peer review on mortality rates. *Int J Qual Health Care*. 2016: 0–7
- <sup>35</sup> Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A. Surgical Skills and Complication Rates after Bariatric Surgery. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1434–1442
- <sup>36</sup> Taylor R and Kelsey T. *Transparency And The Open Society. Practical lessons for effective policy*. Policy Press, Bristol, UK, 2016
- <sup>37</sup> Turnpenny A and Beadle-Brown J. Use of quality information in decision-making about health and social care services — a systematic review. *Health and Social Care in the Community*. 2015; 23: 349–361
- <sup>38</sup> Kurzman ET, Grene J. Effective presentation of healthcare performance for consumer decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2016; 99: 36–43
- <sup>39</sup> Damman OC, Jong AD, Hibbard et al. Making comparative performance information more comprehensible: an experimental evaluation of the impact of formats on consumer understanding. *BMJ Qual Saf*. 2015; 0: 1–10
- <sup>40</sup> Patel K, Masi D, Brandt C. *Health Policy Issue Brief. Recommendations to Achieve a More Transparent Health Care System for Consumers*. The Brookings Institution, Washington, DC, USA, 2015
- <sup>41</sup> Kurzman ET, Grene J. Effective presentation of healthcare performance for consumer decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2016; 99: 36–43
- <sup>42</sup> Walker J, Meltsner M and Delbanco T. US experience with doctors and patients sharing clinical notes. *BMJ*. 2015; 350: g7785
- <sup>43</sup> Esch T, Meijila R, Anselmo M et al. Engaging patients through open notes: an evaluation using mixed methods. *BMJ Open*. 2016; 6: e010034
- <sup>44</sup> <http://www.hospitalsafetyscore.org/>
- <sup>45</sup> White C, Ginsburg PB, Tu HT et al. *Healthcare Price Transparency: Policy Approaches and Estimated Impacts on Spending*. Westhealth Policy Center, Washington, DC, USA, 2014 <http://www.westhealth.org/wp-content/uploads/2015/05/Price-Transparency-Policy-Analysis-FINAL-5-2-14.pdf>
- <sup>46</sup> Troy TD. *Knowing More, Managing Better: Transparency and the Emergence of Enterprise Healthcare Management*. American Health Policy Institute, 2015
- <sup>47</sup> Desai S, Hatfield LA, Hicks AL et al. Association between availability of a price transparency tool and outpatient spending. *JAMA*. 2016; 315: 1874–1881
- <sup>48</sup> Sinaiko AD, Rosenthal MB. Examining a health care price transparency tool: who uses it and how the shop for care. *Health Aff (Millwood)*. 2016; 35: 662–670
- <sup>49</sup> Sinaiko AD, Rosenthal MB. Increased price transparency in healthcare — challenges and potential effects. *N Engl J Med*. 2011; 364: 891–894
- <sup>50</sup> Healthcare Financial Management Association. *Price Transparency in Health Care*. Healthcare Financial Management Association, Illinois, USA, 2014
- <sup>51</sup> Mainz J, Kristensen S, Bartles P. Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *Int Journal Qual Health Care*. 2015; 27: 523–527
- <sup>52</sup> Turnpenny A and Beadle-Brown J. Use of quality information in decision-making about health and social care services — a systematic review. *Health and Social Care in the Community*. 2015; 23: 349–361
- <sup>53</sup> Hinami K, Smith J, Deamont CD et al. When do patient-reported outcome measures inform readmission risk? *J Hosp Med*. 2015; 10: 294–300
- <sup>54</sup> NHS England Review of the Friends and Family Test NHS England, London, 2014 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/07/fft-rev1.pdf>
- <sup>55</sup> Gibbons C. *Turning the Page on Paper-Based Assessments. Three techniques and one technology to transform patient reported outcomes*. Cambridge Centre for Health Services Research, University of Cambridge [PowerPoint presentation] University of Birmingham, 14 September 2016. Available from: cg598@cam.ac.uk
- <sup>56</sup> Desai S, Hatfield LA, Hicks AL et al. Association Between Availability of a Price Transparency Tool and Outpatient Spending *JAMA* 2016; 315(17): 1874–1881
- <sup>57</sup> OECD Health Policy Studies. *Health Governance: Privacy, Monitoring and Research*. OECD Publishing, Paris, France, 2015
- <sup>58</sup> Kostkova P, Brewer H, de Lusignion et al. Who Owns the Data? Open Data for Healthcare. *Front Pub Health*. 2016; 4:7
- <sup>59</sup> National Data Guardian for Health and Care. *Review of Data Security, Consent and Opt-Outs* National Data Guardian, London, UK, 2016
- <sup>60</sup> Care Quality Commission. *Safe data, safe care. Report into how data is safely and securely managed in the NHS* Care Quality Commission, Newcastle upon Tyne, UK, 2016
- <sup>61</sup> <https://myhealthrecord.gov.au/internet/mhr/publishing.nsf/content/home>
- <sup>62</sup> Taylor R and Kelsey T. *Transparency And The Open Society. Practical lessons for effective policy*. Policy Press, Bristol, UK, 2016
- <sup>63</sup> de Brantes F and Delbanco S. *Report Card on State Price Transparency Laws, Health Care Incentives Improvement Institute and Catalyst for Payment Reform*, Connecticut, USA, 2016 <http://www.hci3.org/wp-content/uploads/2016/07/reportcard2016.pdf>

# Biblioteca

Acceso a publicaciones en: [kpmg.com/healthcare](http://kpmg.com/healthcare) o email: [healthcare@kpmg.com](mailto:healthcare@kpmg.com)

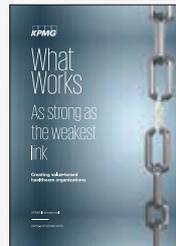
## What Works

Una serie de informes de liderazgo intelectual que abordan los desafíos de salud más urgentes del mundo. Obtenga más información: [kpmg.com/whatworks](http://kpmg.com/whatworks)



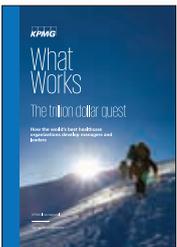
### What Works: Learning from failure

La presión para lograr la excelencia organizacional en el cuidado de la salud es intensa y hay mucho en juego. Por un lado, los pacientes esperan servicios de alta calidad. Por otro lado, es la cruda realidad que la asistencia médica es un negocio. Líderes y directores de organizaciones de salud están atascados operando en medio de esta tensión constante, todo mientras persiguen la excelencia organizacional.



### What Works: As strong as the weakest link

La organización de la atención para ofrecer valor a los pacientes requiere cambios en cinco áreas principales. Comience con una visión clara y una comprensión de lo que significa el valor y centre su energía en una acción cohesiva en todas las áreas clave. Este informe se centra en las diferentes lecciones extraídas de nuestro trabajo con los clientes y las discusiones con proveedores de todo el mundo.



### What Works: The trillion dollar quest

¿Cómo desarrollan las mejores organizaciones de salud del mundo gerentes y líderes? Este informe identifica seis reglas esenciales que diferencian los mejores enfoques en su clase para el desarrollo del liderazgo y presenta una serie de estudios de caso que destacan los principios de las mejores prácticas en acción.



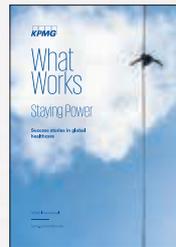
### What Works: Paths to population health

Las necesidades de salud están cambiando rápidamente, pero los sistemas simplemente no se mantienen al día. Está claro que las organizaciones están luchando para convertir la teoría en práctica. Este informe describe los pasos prácticos que deben dar las organizaciones para reformarse a sí mismas y a sus servicios.



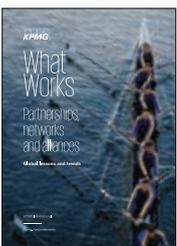
### What Works: Creating new value with patients, caregivers and communities

Los pagadores y proveedores de servicios de salud están comenzando a hacer cambios que involucrarán más plenamente a los pacientes, los cuidadores y las comunidades. Este informe destaca las claves para comprender plenamente el valor inherente a una mejor participación del paciente para mejorar la atención.



### What Works: Staying Power

Los hallazgos clave de la conferencia mundial de KPMG sobre salud, compuesta por 65 líderes de salud de 30 países, participaron en discusiones entre pares sobre estrategias efectivas para una transformación exitosa de la atención médica. Este informe resume los puntos de vista compartidos entre organizaciones, culturas y países.

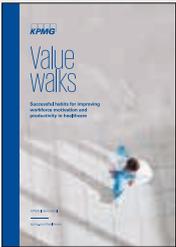


### What Works: Partnerships, networks and alliances

Basado en dos años de investigación exhaustiva sobre la consolidación de la asistencia médica en todo el mundo, este informe revela que "la asistencia médica tiene un propósito": la intersección de la mejora del servicio, la calidad y la rentabilidad.

## Informes mundiales de salud

Con una profunda experiencia en la industria, las firmas miembro de KPMG están en una posición única para brindar orientación y apoyo a los clientes del sector de la salud, ayudándoles a navegar con éxito en un entorno que cambia rápidamente y a transformar la forma en que se brinda la atención médica. Continuamente buscamos compartir los conocimientos que estamos obteniendo en el proceso.



### Value walks: Successful habits for improving workforce motivation and productivity in healthcare

Este informe identifica los cinco hábitos clave que han probado ser exitosos para manejar el desafío de la fuerza laboral al hacer mejoras sustanciales en productividad y capacidad.



### The more I know, the less I sleep

Las perspectivas globales sobre la gobernanza clínica examinan las principales prácticas de algunos de los mejores proveedores y líderes de opinión del mundo.



### Digital health: heaven or hell?

Este informe destaca las principales tendencias y oportunidades de la atención médica, con siete formas en que la tecnología puede reducir los costos y mejorar la experiencia del paciente y la calidad de la atención.



### Something to teach, something to learn: Global perspectives on healthcare

Este informe explora cómo los pagadores, los proveedores y los responsables de la formulación de políticas están haciendo frente al desafío combinado del aumento de los costos, la demanda y las expectativas de los pacientes.



# Contactos para servicios de salud

## Presidente

### Práctica de Salud Global

#### Mark Britnell

T: +44 20 7694 2014

E: mark.britnell@kpmg.co.uk

## Argentina

### Mariano Sanchez

T: +5411 4316 5774

E: marianosanchez@kpmg.com.ar

## Australia

### Liz Forsyth

T: +61 2 9335 8233

E: lforsyth@kpmg.com.au

## Austria

### Johann Essl

T: +43 732 6938 2238

E: jessl@kpmg.at

## Bélgica

### Emmanuel De Moyer

T: +32 2 708 4486

E: edemoyer@kpmg.com

## Brasil

### Marcos A. Boscolo

T: +55 11 2183 3128

E: mboscolo@kpmg.com.br

## Canadá

### Georgina Black

T: +1 416 777 3032

E: gblack@kpmg.ca

## Europa Central y del Este

### Mirosław Proppe

T: +48 604 496 390

E: mproppe@kpmg.pl

## Chile

### Santiago Barba

T: +562 2 798 1507

E: santiagobarba@kpmg.com

## República Checa

### Vlastimil Cerný

T: +420 22 212 3389

E: vcerny@kpmg.cz

## Dinamarca

### Jakob Blicher-Hansen

T: +455 215 0128

E: jabhansen@kpmg.com

## Finlandia

### Minna Tuominen-Theusen

T: +358207603565

E: minna.tuominen-thuesen@kpmg.fi

## Francia

### Benoit Pericard

T: +33 1 55 68 86 66

E: benoitpericard@kpmg.fr

## Alemania

### Volker Penter

T: +49 30 2068 4740

E: vpenter@kpmg.com

## Hong Kong/China

### Jenny Yao

T: +86 108 508 7074

E: jenny.yao@kpmg.com

## India

### Nilaya Varma

T: +91 98 100 85997

E: nilaya@kpmg.com

## Indonesia

### Tohana Widjaja

T: +62 21 574 2333

E: tohana.widjaja@kpmg.co.id

## Irlanda

### Frank O'Donnell

T: +35 31 700 4493

E: frank.odonnell@kpmg.ie

## Israel

### Haggit Philo

T: +972 3 684 8000

E: hphilo@kpmg.com

## Italia

### Alberto De Negri

T: +39 02 6764 3606

E: adenegri@kpmg.it

## Japón

### Keiichi Ohwari

T: +81 3 5218 6451

E: keiichi.ohwari@jp.kpmg.com

## Luxemburgo

### Patrick Wies

T: +352 22 51 51 6305

E: patrick.wies@kpmg.lu

## Malasia

### Yeekeng Lee

T: +60 3 7721 3388

E: leeyk@kpmg.com.my

## México

### Andrés Aldama Zúñiga

T: +01 55 5246 8589

E: aaldama@kpmg.com.mx

## Países Bajos

### Anna van Poucke

T: +31 20 656 8595

E: vanpoucke.anna@kpmg.nl

## Nueva Zelanda

### Richard Catto

T: +64 4 816 4851

E: rcatto@kpmg.co.nz

## Noruega

### Wencke van der Meijden

T: +47 406 39345

E: wencke.vandermeijden@kpmg.no

## Filipinas

### Emmanuel P. Bonoan

T: +63 2 885 7000

E: ebonoan@kpmg.com

## Portugal

### Fernando Mascarenhas

T: +244227280102

E: femascarenhas@kpmg.com

## Rumania

### Maria Elisei

T: +40 37 237 7800

E: melisei@kpmg.com

## Arabia Saudita

### Khalid Yasin

T: +96 611 874 8500

E: kyasin@kpmg.com

## Singapur

### Wah Yeow Tan

T: +65 641 18338

E: wahyeowtan@kpmg.com.sg

## Sudáfrica

### Anuschka Coovadia

T: +27837878470

E: anuschka.coovadia@kpmg.co.za

## Corea del Sur

### Kyung Soo Park

T: +82 2 2112 6710

E: kyungsoopark@kr.kpmg.com

## España

### Candido Perez Serrano

T: +34 914 513091

E: candidoperez@kpmg.es

## Suecia

### Stefan Lundstrom

T: +46 8 7239652

E: stefan.lundstrom@kpmg.se

## Suiza

### Michael Herzog

T: +41 44 249 31 53

E: michaelherzog@kpmg.com

## Taiwán

### Eric K. J. Tsao

T: +88 628 101 6666

E: erictsao@kpmg.com.tw

## Tailandia

### Chotpaiboonpun Boonsri

T: +66 2 677 2113

E: boonsri@kpmg.co.th

## Turquía

### Raymond Timmer

T: +90 216 681 9000

E: raymondtimmer@kpmg.com

## Reino Unido

### Jason Parker

T: +44 207 311 1549

E: jason.parker@kpmg.co.uk

## Estados Unidos

### Ed Giniat

T: +1 312 665 2073

E: eginiat@kpmg.com

## Vietnam y Camboya

### Cong Ai Nguyen

T: +84 83 821 9266

E: acnguyen@kpmg.com.vn

## CONTACTO EN COLOMBIA TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN



## Colombia

### Omar Arteaga

T: +57 315 296 31 70

E: oarteaga@kpmg.com

[kpmg.com](http://kpmg.com)

[kpmg.com/socialmedia](http://kpmg.com/socialmedia)



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© 2017 KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. Member firms of the KPMG network of independent firms are affiliated with KPMG International. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm. All rights reserved.

The KPMG name and logo are registered trademarks or trademarks of KPMG International.

Designed by Evalueserve.

Publication name: Through the looking glass: A practical path to improving healthcare through transparency

Publication number: 133989-G

Publication date: April 2017