

SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Redes Integradas de Servicios de Salud

*Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta
para su Implementación en las Américas*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS)

Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP)

Oficina de la Subdirección

Organización Panamericana de la Salud OPS

Organización Mundial de la Salud OMS

Washington DC, 28 de Octubre de 2008

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). En todo caso, la OPS/OMS se reserva todos los derechos. Sus contenidos no pueden ser reseñados, resumidos, reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de la OPS/OMS.

© Organización Panamericana de la Salud 2008

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden exclusivamente los autores.

AGRADECIMIENTOS

Este documento ha sido elaborado por el grupo de OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) conformado por Eduardo Levcovitz (HSS/SP), Reynaldo Holder (HSS/SP), José Ruales (HSS/SP), Julio Suárez (PWR-México) y Hernán Montenegro (HSS/SP). El documento se elaboró tomando en consideración los documentos base de la iniciativa sobre RISS: “Sistemas Integrados de Servicios de Salud, documento preliminar elaborado para el taller de expertos en SISS, Santiago, Chile, 22-23 de octubre, versión 5 de octubre de 2007”, preparado por James Cercone (Consultor), y “Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde”, preparado por Eugenio Vilaça Mendes (Consultor). Su contenido se enriqueció en gran medida gracias a la orientación y sugerencias emanadas del taller de expertos realizado en Santiago de Chile en Octubre de 2007, y de las numerosas consultas nacionales y sub-regionales realizadas durante el período de Abril de 2008 a Octubre de 2008. Comentaron en detalle las primeras versiones del documento las siguientes personas: Rigoberto Centeno, Juan Manuel Sotelo, Mónica Padilla, Mónica Bolis, Gina Watson, Luis Eliseo Velásquez, Cristina Puentes y Adolfo Chorny.

Agradecemos en forma especial a Maria Laura Reos, Elide Zullo y Susan Greenblatt.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
La necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud	7
El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud	8
El alcance de este documento	8
CAPÍTULO 1: El Desafío de la Fragmentación de los Servicios de Salud en Las Américas	9
El contexto macro de los servicios de salud: los sistemas de salud	9
El desafío de la fragmentación de los servicios de salud	10
Las causas de la fragmentación de los servicios de salud	13
Los profundos cambios en el entorno y el quehacer de los servicios de salud	16
CAPÍTULO 2: Las Redes Integradas de Servicios de Salud	22
El concepto de servicios de salud integrados y sus diferentes modalidades	22
Las Redes Integradas de Servicios de Salud	25
Los beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud	25
CAPÍTULO 3: Los Atributos Esenciales de los Redes Integradas de Servicios de Salud	28
Los atributos esenciales de los Redes Integradas de Servicios de Salud	29
El monitoreo y evaluación de las RISS	39
Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados	40
CAPÍTULO 4: Los Instrumentos de Política Pública y los Mecanismos Institucionales Disponibles Para Conformar Redes Integradas de Servicios de Salud	43
Los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud	43
La pertinencia de los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles con base a las diferentes realidades de los sistemas de salud de la Región	46
CAPÍTULO 5: La “Hoja de Ruta” Para Avanzar en el Desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud en la Región de las Américas	48
Las lecciones aprendidas	48
La “Hoja de Ruta” de Cooperación Técnica de la OPS/OMS para avanzar en el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud	50
ANEXO I: Consultas Nacionales y Subregionales Sobre RISS	53
ANEXO II: Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS	54
BIBLIOGRAFÍA	64

INTRODUCCIÓN

La necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud

La iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de salud más integrales para todos los habitantes del planeta. Como ha dicho la Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan:

“El mundo nunca ha poseído un arsenal tan sofisticado de intervenciones y tecnologías para curar la enfermedad y prolongar la vida. Sin embargo, las brechas en los resultados en salud continúan creciendo. Muchos de los problemas de salud, enfermedades, causas prematuras de muerte y sufrimiento que se observa a gran escala son totalmente innecesarios ya que se dispone de intervenciones efectivas y de costo razonable para su prevención y tratamiento. La realidad es incontestable. El poder de las intervenciones disponibles no se corresponde con el poder de los sistemas de salud para entregarlas a las personas más necesitadas, de forma integral, y en una escala adecuada”. (1)

El logro de las metas nacionales e internacionales, incluidas aquellas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), requerirá una mayor y más efectiva inversión en los sistemas de salud y los servicios de salud. Aún cuando más recursos para salud son necesarios, los gobiernos también están buscando nuevas formas para hacer más con los recursos existentes (2). En un mundo donde se cuestiona cada vez más el bajo desempeño de los sistemas de salud, la necesidad de abordar el problema de la fragmentación de los servicios de salud se hace cada vez más imperiosa. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. Por otra parte, el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas, el desafío de manejar la co-morbilidad y el aumento de las expectativas de los usuarios demandan soluciones más sistémicas e integrales para responder mejor a las necesidades de la población.

La búsqueda de modelos de atención de salud más accesibles e integrales no es nueva. Muchos de los países de la Región llevan años diseñando e implementando modelos de atención con estos fines. En muchos casos, esta búsqueda fue inspirada por la Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud, adoptada en 1978. El artículo VII de la Declaración de Alma-Ata sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS) “*debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia...., conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados*” (3). Este objetivo fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros de OPS en el año 2005, como parte del proceso de renovación de la APS en Las Américas. El artículo III de la Declaración de Montevideo, dice: “*los modelos de atención de salud deben....fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención*”(4). Más recientemente, en Junio de 2007, La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de “*fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos*”(5). En Julio del mismo año, el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 “*la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales*” (6).



No obstante los esfuerzos realizados por los países de la Región, y como lo demuestran las declaraciones anteriores, el desafío de entregar servicios de salud más accesibles e integrales continua siendo una aspiración y un imperativo para la mayoría de los países de las Américas.

El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud

El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Según OPS (7), un Sistema de Salud Basado en la APS supone *“un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad”*.

La OPS/OMS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros.

El alcance de este documento

Este documento propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, señala sus beneficios en términos del desempeño general del sistema de salud, señala opciones de política y mecanismos institucionales para poder desarrollarlas, y propone una “hoja de ruta” para implementarlas en los países de las Américas. El contenido del documento se centra en la integración de la función de prestación de los servicios de salud, y por lo tanto no profundiza sobre los mecanismos de integración de la función de financiamiento/aseguramiento de los sistemas de salud. Las estrategias de integración del financiamiento/aseguramiento de los sistemas de salud serán desarrolladas en futuros documentos de la OPS/OMS. Del mismo modo, los mecanismos específicos de integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) serán abordados en un documento aparte.

La versión actual de este documento (Noviembre de 2008) es de borrador en consulta. Este documento será revisado y mejorado después de la Consulta Regional sobre RISS a realizarse en Belo Horizonte, Brasil, los días 17 a 19 de Noviembre de 2008. Posteriormente, sus contenidos y recomendaciones serán sometidos a consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS (durante el año 2009).



CAPÍTULO 1: El Desafío de la Fragmentación de los Servicios de Salud en Las Américas

El contexto macro de los servicios de salud: los sistemas de salud

El contexto macro de los servicios de salud se refiere fundamentalmente a las características de los sistemas de salud en los cuales éstos están inmersos. Los sistemas de salud han sido caracterizados de maneras diversas. La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” (8). Si bien es sustancial definir los límites de los sistemas de salud, es necesario recordar que éstos actúan como mediadores y articuladores, dentro de un marco político, económico y técnico, y en un momento histórico determinado. En consecuencia, la definición, los límites y los objetivos de un sistema de salud son específicos de cada país de acuerdo con sus propios valores y principios. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios.

LA FUNCIÓN DE RECTORÍA

La rectoría del sistema de salud corresponde al ejercicio de las responsabilidades de la autoridad sanitaria en materia de: i) conducción sectorial (p. Ej. análisis de situación de salud, formulación de políticas, evaluación de desempeño del sistema, etc.); ii) regulación; iii) modulación del financiamiento; iv) vigilancia del aseguramiento; v) ejecución de las funciones esenciales de salud pública y vi) armonización de la provisión de los servicios de salud. Según el grado de descentralización del sector y de las características político-administrativas del país (sistema federativo o unitario), así como y del grado de separación de funciones que adopta la organización institucional en cada país, estas responsabilidades se ubicarán en uno u otro nivel de la autoridad sanitaria (nacional, intermedio o local), y a veces las responsabilidades se comparten entre dos o más niveles (9). En este sentido, La autoridad sanitaria juega un rol fundamental en la posibilidad de modificar tanto las variables del contexto de los servicios de salud (p. Ej. regulación sobre prestadores privados o seguridad social), como de modificar sus realidades internas en algunos casos (p. Ej. servicios de salud que dependen del Ministerio de Salud), de modo de poder orquestar adecuadamente a los prestadores públicos y privados a fin de que sus capacidades sean aprovechadas de manera más racional y complementaria (10).

LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO

Un buen sistema de financiamiento de la salud recauda niveles adecuados de fondos de forma tal que las personas puedan usar los servicios cuando éstas los necesitan, y estén protegidas contra el riesgo de catástrofe financiera o empobrecimiento asociados con el pago de los mismos. En el financiamiento existen a su vez tres funciones interrelacionados para que esto sea posible: la recaudación de fondos, la mancomunación de riesgos y la compra de servicios (11). La magnitud general de los recursos nacionales gastados en bienes de salud como porcentaje de la economía nacional varía, y mucho, entre los distintos países de las Américas. Esta amplia variación en la participación del gasto en salud como proporción del PIB sugiere que, si bien el ingreso per cápita desempeña un papel en la explicación de la porción del PIB destinada al gasto nacional en salud, existen otros factores que pueden estar jugando un papel más importante en la determinación del nivel y composición del gasto nacional en salud. El hecho de que los países gasten relativamente más o menos de su PIB en salud depende más de decisiones de políticas, y refleja la manera en que se organizan y financian los sistemas de salud. El gasto público y los ingresos fiscales son las herramientas más importantes que puede utilizar un gobierno para lograr un financiamiento y acceso más equitativos a los servicios de salud (12). El



nivel de financiamiento, la forma de asignación de los recursos y los mecanismos de pago a los prestadores inciden fuertemente sobre la disponibilidad y el nivel de desempeño de los servicios de salud.

LA FUNCIÓN DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Proveer servicios eficientes, equitativos y de buena calidad, y permitir que la población acceda a ellos, es una de las funciones principales de los sistemas de salud, y la más visible para la población. Los servicios de atención de salud incluyen tanto los servicios personales como los de salud pública, es decir responden tanto a las necesidades de los individuos como de la población. Cubren todos los niveles de atención y abarcan todos los niveles de prevención, incluidos la promoción y la prevención, el diagnóstico y tratamiento oportuno, la rehabilitación, y los cuidados paleativos. Incluyen también el cuidado agudo y el cuidado de largo plazo (13).

Dentro de la función de prestación se puede incluir también a los trabajadores de la salud, los insumos y tecnologías médicas, el equipamiento médico y la infraestructura en salud. Los trabajadores de la salud son todas las personas que están involucradas en acciones cuya intención primordial es proteger y mejorar la salud. La fuerza de trabajo en salud está compuesta por los prestadores de servicios de salud, los gestores/administradores y el personal de apoyo. Incluye trabajadores de la salud privados y del sector público, trabajadores remunerados y no remunerados, personal no técnico y cuadros profesionales. Los países tienen enormes diferencias en el nivel, habilidad técnica y mezcla de género de sus fuerzas de trabajo. En términos generales, existe una correlación positiva entre la densidad de la fuerza de trabajo en salud e indicadores de cobertura de servicios y resultados en salud (14). Una fuerza de trabajo en salud de “buen desempeño” es aquella que está disponible, es competente, está motivada y es productiva. Para lograr esto, se necesita emplear acciones para gestionar dinámicamente los puntos de “entrada” y “salida” del mercado laboral, y mejorar la distribución y el desempeño de los trabajadores de salud existente (15). Además, un sistema de salud de “buen desempeño” asegura un acceso adecuado y equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y otras tecnologías de demostrada eficacia y costo-efectividad (16). La cantidad, calidad y distribución de los recursos humanos, físicos y tecnológicos en salud determinan también la disponibilidad y el nivel de desempeño de los servicios de salud.

LOS CONDICIONANTES HISTÓRICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Por último, las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socio económicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la Región se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX. Pero a diferencia de los modelos instaurados en la mayoría de los países europeos, los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud. Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño (17).

El desafío de la fragmentación de los servicios de salud

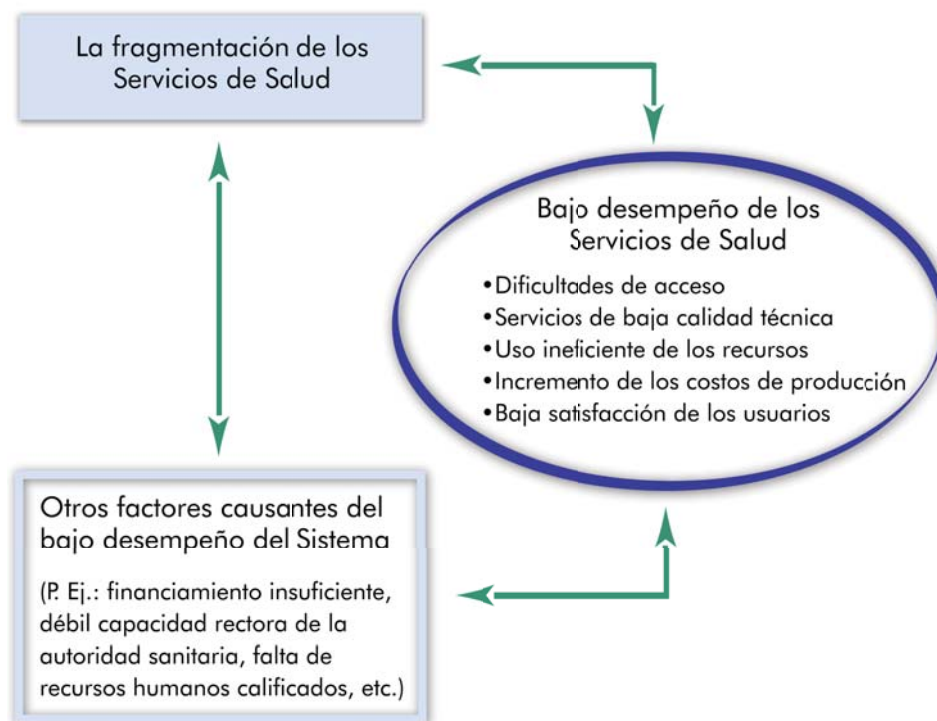
La fragmentación¹ de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud, y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (18) (19) (Ver figura 1). Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (p. Ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que

1 La OPS define la fragmentación de los servicios de salud como la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud” (Salud en las Américas 2007, Washington DC: OPS/OMS).



incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (p. Ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema).

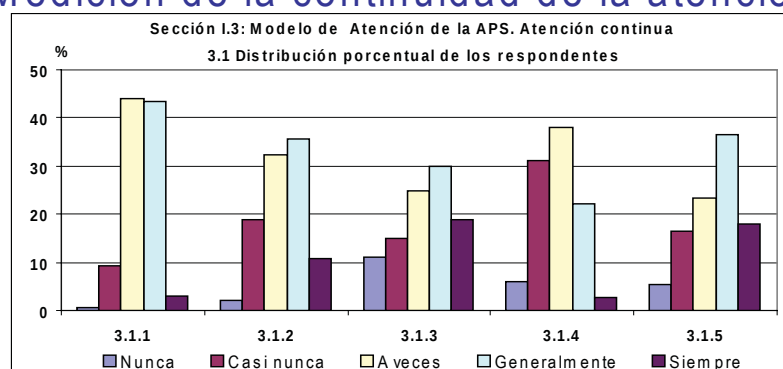
Figura 1. La relación entre la fragmentación y el desempeño de los servicios de salud



La fragmentación de los servicios de salud puede manifestarse de múltiples formas y puede reflejarse en los distintos niveles del sistema. A nivel de la experiencia de las personas con el sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, y la falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. La falta de acceso se manifiesta por la demanda reprimida a los servicios o por la postergación de la entrega de servicios. La falta de oportunidad se expresa comúnmente como listas de espera, derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido (p. Ej. programas verticales). En términos de la falta de continuidad asistencial, ésta se manifiesta por ejemplo en la necesidad de tener que visitar múltiples sitios asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio de enfermedad. También se puede manifestar por la falta de una fuente regular de cuidado (por ejemplo la falta de un equipo de salud del 1er nivel de atención), o por el extravío de información clínica entre visitas médicas, o por la falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas. En una encuesta realizada a gestores/prestadores del primer nivel de atención, sólo el 45% de los entrevistados señaló que los pacientes son vistos por el mismo doctor/equipo de salud (20). Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención. Desde el punto de vista de la falta de conformidad de los servicios, ésta se puede manifestar en el énfasis curativo en desmedro de las acciones de fomento y prevención, en el énfasis individual en desmedro de las acciones colectivas y de salud pública, en el trato impositivo y poco amable del personal de salud, o en la indicación de intervenciones no basadas en criterios y conocimiento científico y que no se ajustan a las preferencias culturales y/o de género de las personas.

Gráfica 1: Encuesta de percepción sobre el nivel de continuidad de la atención de salud en 16 países de América latina y el Caribe, año 2002.

Medición de la continuidad de la atención



3.1.1 ¿Son los pacientes vistos por el mismo prestador (doctor / equipo de salud) cada vez que consultan?

3.1.2 ¿Existe un sistema de citas y de seguimiento de las mismas, incluyendo la organización de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud?

3.1.3 ¿Se fomenta la adscripción de la población de un área geográfica en listas o registros con un prestador específico o grupo de prestadores de APS?

3.1.4 En la práctica habitual, ¿opera un buen sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes según grado de complejidad de éstos?

3.1.5 ¿Existe una política que permita asegurar que los establecimientos de APS cuenten regularmente con una dotación de médicos o enfermeras?

Fuente: OPS/OMS (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.

A nivel del desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario, y distribución inequitativa de los centros de atención que no considera la ocupación del territorio por la población (urbano/rural, centro/periferia urbana, áreas ricas/pobres). En encuestas realizadas por OPS/OMS (Ver Gráfica 1), la falta de coordinación entre los niveles de atención se percibe como un serio problema tanto por los gestores del primer nivel de atención como por los gestores de la atención hospitalaria y de alta complejidad. En el caso del primer nivel de atención, sólo el 22% de los encuestados señaló que los sistemas de referencia y contra-referencia funcionan de forma adecuada (21). Por otro lado, sólo el 35% de los gestores/prestadores hospitalarios y de alta complejidad señalan que estos sistemas funcionan adecuadamente (22). Con respecto al sitio más apropiado de atención, los gestores de servicios hospitalarios y de alta complejidad señalaron que un 52% de los pacientes hospitalizados podrían haber sido resueltos en el primer nivel de atención (23). Estos hallazgos son consistentes con estudios realizados en Costa Rica que señalan que los hospitales nacionales realizan un 52% de actos que quirúrgicos que podrían haberse realizado en hospitales de menor complejidad, sin impactar adversamente en la calidad de la atención (24).

Otras manifestaciones de la fragmentación de los servicios incluyen la baja capacidad resolutoria del 1er nivel de atención, la "captura" del paciente por el especialista (el paciente que no regresa al 1er nivel después de concluida la inter-consulta), y el uso de servicios de urgencia para la atención especializada eludiendo la consulta ambulatoria. A nivel de establecimientos de salud individuales, la fragmentación se puede manifestar como servicios clínicos que funcionan como departamentos estancos al interior de la organización, cada uno compitiendo con el otro por recursos propios y duplicando la infraestructura existente. Otras manifestaciones incluyen la admisión de pacientes intra-hospitalarios que podrían haber sido resueltos en forma ambulatoria, la admisión de pacientes quirúrgicos sin tener completos los estudios pre-operatorios, y la prolongación de los tiempos de estadía intra-hospitalaria por dificultades al alta (p. Ej. enfermos con problemas sociales).

Caja 1. Principales problemas de las redes de servicios de salud según gestores de servicios de salud.

En una reunión de gestores de servicios de salud de países centroamericanos, éstos señalaron que los principales problemas que los afectan son los siguientes:

- Falta de coordinación entre niveles de atención (falla en la referencia, y más aún en la contra-referencia de pacientes).
- Capacidad resolutive “real” de los niveles de atención no corresponde a la capacidad resolutive asignada. Además, baja capacidad resolutive periférica (del primer nivel).
- Falta de coordinación de servicios al interior de las instituciones públicas, entre el sector público y el privado, y entre países.
- Largas lista de espera.
- Falta de gestión de la calidad.
- Recursos escasos, exacerbados por problemas de ineficiencia y subejecución presupuestaria.
- Sistemas administrativos excesivamente centralizados.
- Deficiencias en la capacidad gerencial de los gestores y prestadores de la red.
- Falta de motivación y compromiso de los funcionarios del sistema (clima y cultura organizacional).
- Déficit de personal y no cumplimiento de los horarios contratados.
- Existencia de “clientelismo”, es decir la atención a solicitudes de grupos de presión.

OPS/OMS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de Agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Las causas de la fragmentación de los servicios de salud

Como hemos mencionado anteriormente, la fragmentación puede ser causada por una diversidad de factores, algunos del ámbito externo, y otros del ámbito interno del sistema. A continuación señalamos algunos de los factores más importantes:

LA SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La segmentación² de los sistemas de salud es un gran condicionante de la fragmentación de los servicios de salud de la Región. En los sistemas segmentados, la coexistencia simultánea de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, condicionan de partida, y de forma estructural, la existencia de subsistemas que funcionan en forma independiente una de otra, causando graves problemas de integración desde una perspectiva global del funcionamiento del sistema. Este fenómeno, de raíces históricas, significa que muchos de los sistemas de salud y protección social latinoamericanos se “especializan” en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico, u ocupación del territorio (urbano/rural), produciendo el fenómeno de la segregación poblacional, generando una estratificación inconsistente con el ejercicio del derecho a la salud. Como consecuencia, las redes de provisión de servicios fueron creadas de forma acorde por cada subsistema, con limitada integración y

2 Los sistemas segmentados se caracterizan por la co-existencia de un subsistema público orientado a los pobres e indigentes; un subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y, un sub-sector privado que, a su vez, se divide en dos: uno con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población y otro, sin fines de lucro (ONG's, organizaciones de beneficencia), orientado a satisfacer las necesidades de los pobres desprovistos de protección por parte del sistema público (Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie Extensión de la Protección Social de la Salud. No. 1, Washington, 2003).



comunicación entre las unidades asistenciales que las forman, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los subsistemas y los diferentes niveles de atención. Con frecuencia, la prestación de servicios se concentra en las áreas urbanas más ricas y en la población asalariada, generando un uso ineficiente de los recursos sectoriales y dejando desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía, y en muchos países, a las poblaciones indígenas, afro-descendientes, rurales y urbano marginales. Por otra parte, la segmentación genera además una ampliación de los prestadores de servicios de salud fuera del ámbito público, y por lo tanto, una mayor necesidad de la capacidad de la autoridad sanitaria de cumplir sus funciones regulatorias en materia de servicios de salud. Como se verá más adelante, la debilidad de la capacidad rectora en contextos de sistemas segmentados puede agravar aún más la fragmentación de los servicios de salud.

LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE FRAGMENTA LOS NIVELES DE ATENCIÓN

En ocasiones, y dependiendo del tipo de descentralización, los beneficios de la descentralización se pueden ver aminorados por problemas en su diseño e implementación. Entre los problemas que afectan la capacidad de integración de los servicios de salud se incluyen: i) debilidades en la capacidad técnica, administrativa y financiera para gestionar los servicios descentralizados; ii) incremento innecesario de los costos de transacción del sistema; iii) pérdida de economías de escala para la compra y distribución de bienes e insumos indispensables para la prestación de servicios; y iv) la fragmentación de los niveles de atención al transferir la gestión de los distintos niveles de atención a distintas instancias administrativas de gobierno (p. Ej. la transferencia del 1er nivel de atención a la administración municipal, al mismo tiempo que se transfiere la gestión de la especialidad a la administración provincial o regional).

EL PREDOMINIO DE PROGRAMAS FOCALIZADOS EN ENFERMEDADES, RIESGOS Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

El predominio de programas verticales conlleva una serie de limitaciones y efectos indeseables entre los cuales destacan (25) (26) (27): i) la falla en abordar las causas subyacentes de la enfermedad; ii) la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos; iii) el abandono de importantes grupos poblacionales y/o problemas de salud; iv) la pérdida de oportunidad para abordar situaciones de co-morbilidad; y v) la competencia o sustracción de recursos de otros servicios/programas. Por otra parte, existirían eso sí situaciones excepcionales en las cuales los programas verticales sí tendrían una indicación precisa. Estas situaciones corresponderían por ejemplo a países en situación “frágil” (como medida de corto plazo), a la necesidad de controlar epidemias y manejar algunas emergencias sanitarias, o a la necesidad de proveer servicios a grupos poblacionales especiales (p. Eje. población penal, drogadictos, trabajadores sexuales) (28). El predominio de programas verticales que se observa en algunos de los países de la Región se explica, al menos en parte, por la preferencia de algunos donantes internacionales en financiar programas de salud de foco programático reducido.

LA SEPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

En algunas realidades, la separación de los arreglos financieros, institucionales y de prestación de los servicios de salud pública³ de los servicios de atención a las personas es otra causa importante de la fragmentación de los servicios de salud. Aún cuando muchas de las acciones de salud pública no significan necesariamente servicios de salud provistos a individuos, familias y/o comunidades, existen eso sí muchos servicios de salud pública que sí debieran integrarse y complementarse con los servicios de atención a las personas, particularmente aquellos referidos al 1er nivel de atención (29). El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención y de los servicios de salud es quizás, la causa principal de la baja efectividad social de los sistemas de salud, de los niveles bajos de satisfacción de la población con respecto a la atención recibida y de los fracasos de algunas reformas sectoriales realizadas en los últimos dos decenios (30).

3 Según OPS, la salud pública “es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” Organización Panamericana de la Salud (2002). La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS.



EL MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA ENFERMEDAD, EL CUIDADO AGUDO Y EL MANEJO INTRA-HOSPITALARIO

El predominio del modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario es otro causal importante de la fragmentación de los servicios de salud. La atención centrada en la enfermedad desconoce la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al igual que desconoce las necesidades más amplias de la “persona como un todo” (por ejemplo la necesidad de apoyo social, mental y/o emocional en el manejo de enfermedades crónicas y/o pacientes terminales). Lo mismo se puede decir con relación a la atención centrada en el cuidado agudo, la cual falla en brindar el debido cuidado de salud a lo largo del tiempo característico de las enfermedades crónicas (31). El predominio del manejo intra-hospitalario contribuye también a la fragmentación de los servicios debido a que, en la mayoría de los casos, éste es de más difícil acceso que los servicios no hospitalarios, y porque además promueve la atención de salud en el lugar menos apropiado, causando por una parte riesgos innecesarios a la salud de las personas (p. Ej. infecciones nosocomiales), y por otra parte, un incremento innecesario de los costos de la atención, existiendo alternativas más eficientes para el gasto en salud.

LA DEBILIDAD DE LA CAPACIDAD RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

La autoridad sanitaria juega un rol fundamental e irremplazable en la consecución de los objetivos de política económica y social de los gobiernos, los que incluyen, entre otros, avances en materia de equidad y justicia social, cohesión social, salud y seguridad ciudadana, eficiencia económica y participación social (32). En este marco, las autoridades sanitarias debieran priorizar y abordar el problema de la fragmentación de los servicios de salud a través de sus funciones de conducción y regulación sectorial, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios de salud y ejecución de las funciones esenciales de salud pública⁴ (33). Sin embargo, en situaciones de débil capacidad rectora de las autoridades sanitarias, la prestación de los servicios de salud tiende a ocurrir de forma más desordenada y anárquica, causando problemas de fragmentación de los mismos. Esta situación tiende a agravarse aún más en contextos de sistemas de salud altamente segmentados y con fuerte dependencia de financiamiento externo.

PROBLEMAS EN LA CANTIDAD, CALIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

Los problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos se pueden manifestar de diversas formas. Desde el punto de vista de la cantidad, en muchas realidades el problema es la falta de infraestructura, personal, insumos y presupuesto para operar los servicios. En estos casos, la fragmentación se manifiesta por problemas de acceso a servicios integrales, servicios de muy baja calidad técnica, y falta de continuidad de los servicios a lo largo del tiempo. Pero el problema de los recursos se puede manifestar también como exceso de camas hospitalarias, exceso de tecnologías de alto costo, y exceso de especialistas. En estos casos, el problema es la falta “relativa” de cuidados ambulatorios, de tecnología apropiada, y de generalistas para resolver los problemas de salud más prevalentes en la población. La falta de calidad en los recursos es especialmente importante, particularmente en el 1er nivel de atención a la salud. En estos casos, el problema puede ser por ejemplo la falta de competencias adecuadas del personal de salud unida a las ineficiencias de los sistemas de apoyo clínico.

CULTURAS ORGANIZACIONALES CONTRARIAS A LA INTEGRACIÓN

Tradicionalmente las organizaciones han sido diseñadas sobre estructuras funcionales, es decir sobre la base de disciplinas, establecimientos de salud o líneas de productos/servicios. El supuesto de este tipo de organización es que es más fácil manejar a especialistas cuando son agrupados en un mismo departamento, bajo la dirección de un jefe que posee capacitación y experiencia de la disciplina en particular. Por un lado, este tipo de diseño organizacional promueve la especialización de las habilidades y el conocimiento, facilita la homogenización los procesos de entrega de servicios, y facilita el proceso de toma de decisiones y comunicaciones porque los gerentes comparten la experticia y la cultura de sus subordinados. No obstante lo anterior, las estructuras

4 Las funciones esenciales de salud pública incluyen: i) monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud; ii) vigilancia en materia de salud pública, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública; iii) promoción de la salud; iv) participación social en lo que se refiere a la salud; v) desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en cuestiones de salud pública; vi) fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y ejecución en el marco de la salud pública; vii) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; viii) desarrollo y capacitación de los recursos humanos en salud pública; ix) garantía de la calidad del personal y de los servicios de salud basados en la población; x) investigación en salud pública; y xi) reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud.



funcionales tienden a enfatizar la rutina en las tareas, conducen a una visión de corto plazo, promueven una perspectiva estrecha de miras de los gerentes, reducen la comunicación y cooperación entre diferentes unidades, y dificultan la rendición de cuentas por los resultados más amplios, particularmente cuando los resultados clínicos dependen de acciones multidisciplinarias (34).

Los profundos cambios en el entorno y el quehacer de los servicios de salud

Los sistemas de servicios de salud se encuentran sometidos a constantes “presiones” para el cambio que los obligan a adaptarse a las nuevas realidades del entorno. Las vertientes que propician estos cambios son múltiples y pueden agruparse en términos de cambios originados en la demanda de los servicios, cambios originados en la oferta de los servicios, y cambios del contexto más amplio.

LOS CAMBIOS ORIGINADOS EN LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS

La caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son importantes cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las patologías crónicas y de la co-morbilidad que los sistemas actuales no están en condiciones de responder. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas requiere no sólo de una mayor colaboración entre proveedores, sino además de una mayor integración entre el cuidado del 1er nivel de atención y el de especialidad, y del desarrollo de redes clínicas integradas. Además, muchos sistemas enfrentan la co-existencia de problemas asociados a la pobreza y a la exclusión social (p. Ej. enfermedades contagiosas y la malnutrición), al mismo tiempo que enfrentan nuevos desafíos tales como el VIH/SIDA, estilos de vida poco saludables, el incremento de las violencias y los accidentes, y el aumento de los problemas mentales.

Por otro lado, los usuarios están demandando servicios de mayor calidad y que se ajusten más a sus preferencias individuales y grupales. La mayoría de las personas tienen hoy en día un mayor acceso a información sobre salud y tienen una mayor conciencia sobre sus derechos en salud. Los usuarios se están volviendo más atentos a sus necesidades de cuidados individuales y están demandando una cobertura de salud más integral, que se otorgue en ambientes más cercanos a su hogar, y que esté accesible las 24 horas del día (35). Esta situación ha llevado a las organizaciones prestadoras de servicios a cambiar su actitud tradicionalmente cerrada y auto-referenciada a una actitud más abierta a la participación ciudadana en temas clave como la gobernanza, la gestión y la entrega de los servicios de salud.

LOS CAMBIOS ORIGINADOS EN LA OFERTA DE LOS SERVICIOS

En este ámbito existen avances importantes en la tecnología que aumentan la expectativa de vida y que otorgan nuevas formas de atención, pero que además pueden aumentar los costos de la atención. Como ejemplos de estos avances se pueden mencionar los nuevos métodos de screening, las nuevas tecnologías de medicamentos, la terapia genética, las técnicas laparoscópicas y de cirugía invasiva mínima, las tecnologías de trasplante de órganos, las nuevas tecnologías de imágenes y radiología intervencionista, y la telemedicina.

Desde el punto de vista financiero, en casi todos los países de la región se pueden constatar aumentos en los costos de la atención y la aplicación de nuevos mecanismos de pago para contenerlos. Desafortunadamente estos incrementos en los costos de atención se dan en un contexto de dificultades de financiamiento del sector. Por otra parte, en la Región existen muchos países que todavía tienen una gran dependencia del financiamiento externo. Esta situación conlleva dos problemas importantes desde el punto de vista de la integración de los servicios. En primer lugar, la dependencia externa condiciona visiones corto placistas en materia de organización y gestión de los servicios debido a que los fondos no necesariamente están garantizados en el mediano y largo plazo. Por otro lado, muchos donantes tienden a privilegiar esquemas de programas verticales los cuales, como hemos visto anteriormente, son causales importantes de la fragmentación de los servicios.



Otro desafío importante es el déficit de personal de salud calificado. Muchos países están sufriendo la emigración de su personal calificado, especialmente médicos y enfermeras, después de años de inversión en su capacitación. Por otra parte, existen problemas de inadecuación de los perfiles profesionales y laborales del personal de salud para adaptarse a los cambios en el perfil epidemiológico, a los avances tecnológicos y a los nuevos modelos de atención introducidos en los últimos años. Más importante aún, existen serias inequidades en cuanto a la distribución geográfica de los trabajadores de la salud, particularmente en las zonas rurales y más aisladas de los países.

Otro cambio que se percibe a nivel de la oferta de los servicios son los esfuerzos por intentar cambiar el modelo de atención, desde un modelo centrado en la enfermedad, a un modelo centrado en la salud. El nuevo modelo de atención busca preservar la salud de la población y evitar la enfermedad. Las estrategias de acción se basan en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones de salud pública e intervenciones inter-sectoriales. Los servicios buscan proporcionar un cuidado integral de la salud y asegurar la continuidad de la atención a través de la conformación de redes de servicios⁵. Desde el punto de vista organizativo, se pone mayor énfasis en la formación de equipos de salud multidisciplinarios y en estimular la producción y empleo de personal de salud generalista o “integralista”. Los sistemas y redes de prestación de servicios de salud tienden a integrarse para mejorar la continuidad de la atención y maximizar la eficiencia del sistema. Los gestores de los servicios se preocupan más en propiciar las condiciones para el mejoramiento de la calidad de la atención, y en evaluar el desempeño y los resultados en salud del sistema. El lugar predilecto de la atención ya no es más el hospital, sino el lugar más apropiado para proporcionar dicha atención. Por último, la responsabilidad por la salud adquiere una dimensión multisectorial y demanda una mayor participación individual y comunitaria (Ver Tabla N. 1).

5 El concepto de “red” de servicios se asocia a: i) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; ii) organización jerárquica según niveles de complejidad; iii) un referente geográfico común; iv) el comando de un operador único; v) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y vi) un propósito común.



Tabla N. 1. La transformación del cuidado de la salud

El “pasado” de los servicios de salud	El “futuro” de los servicios de salud
• Énfasis en el tratamiento de la enfermedad • Responsable por pacientes individuales • Énfasis en el cuidado agudo • Atención a problemas específicos • La meta es el llenado de camas • El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado • Predominio hospitalario • Predominio de especialistas • Predominio de médicos • Práctica individual • Gestores coordinan servicios • Dominio profesional • Las personas son receptores pasivos de los servicios • Responsabilidad exclusiva del sector salud	→ Énfasis en la promoción y la preservación de la salud → Responsable por la salud de poblaciones definidas → Énfasis en el continuo del cuidado de la salud → Cuidado integral → La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado → Los servicios de salud trabajan de “forma integrada” → Predominio ambulatorio → Predominio de generalistas → Incorporación de otro tipo de personal de salud → Trabajo en equipos multidisciplinarios → Gestores buscan activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad → Participación comunitaria → Auto-cuidado y auto-gestión de la salud/enfermedad → Responsabilidad compartida con otros sectores de la economía

Fuentes: Modificado de Shortell S, Kaluzny A (1997). Organization theory and health services management. In: Shortell S, Kaluzny A, and Associates. Essentials of health care management. Delmar Publishers; y Filerman G. (1994). Health: the emerging context of management. In: Taylor R, Taylor S, editors. The AUPHA manual of health services management. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.

LOS CAMBIOS DEL CONTEXTO MÁS AMPLIO

Diversos cambios de índole más amplia también están ejerciendo presiones sobre los servicios que obligan a que éstos sean más anticipatorios, flexibles y adaptables. La globalización por ejemplo trae aparejada mayores oportunidades de intercambio de información y conocimiento en materia de salud, pero también acrecienta los riesgos de transmisión de enfermedades contagiosas a nivel global. La globalización está facilitando también el movimiento de personas que buscan servicios en otros países (prestación transnacional). Este fenómeno va adquiriendo cada vez más relevancia en la medida que varios de los países de la Región se están convirtiendo en prestadores de este tipo de servicios, en lo que se denomina usualmente como “turismo de salud”. Otros problemas de orden más amplio son las crisis humanitarias motivadas por conflictos de variada intensidad, el calentamiento global, el deterioro severo del ambiente, y la existencia de países en situación “frágil”, todos los cuales tienen el potencial de generar demandas nuevas y abruptas que fácilmente pueden hacer colapsar la oferta de servicios de salud existentes.

Por otra parte, el bajo nivel de desempeño de los servicios públicos, las dificultades de acceso y el alto costo de los servicios privados están siendo cuestionados por los gobiernos, la sociedad en general y los usuarios en particular. Este cuestionamiento ha originado esfuerzos más amplios de modernización y descentralización del Estado que buscan, entre otras cosas, un uso más eficiente y racional de los recursos públicos, la rendición de cuentas por parte del Estado y una mejor regulación de los sectores público y privado.



En el marco de las reformas macroeconómicas que ocurrieron durante las décadas de 1980 y 1990, los países de la región implementaron una serie de reformas a sus sistemas de salud, con un fuerte énfasis en medidas para incrementar costo-efectividad, lograr sostenibilidad financiera, promover la descentralización, y otorgar un rol más importante al sector privado. Esas reformas se vincularon a los procesos de ajuste macroeconómico, reducción del tamaño y rol del Estado y desregulación de los mercados. Dichos procesos de reforma en salud tuvieron resultados diversos, y hoy se puede observar como algunas de las reformas implementadas durante estas décadas agravaron aún más los fenómenos de segmentación, fragmentación y segregación poblacional señalados previamente (Ver Tabla No 2).

Tabla N 2. Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales de salud de los años '80 y '90 en los países de ALC

Resultados	Problemas
- Se identificaron las diversas funciones que realizan los sistemas de salud y en muchos países se separaron estas funciones. - El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y en la provisión de servicios de salud.	- La creación, promoción y desregulación de los mercados del aseguramiento y provisión condujo a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. - Ello intensificó la segmentación al interior del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó el rol rector del Ministerio de Salud.
- Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, con énfasis en la sostenibilidad financiera. - Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud	- La inversión pública en salud no ha aumentado, aun en un contexto de discreto incremento del gasto social - El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La implementación de mecanismos estrictos de control de costos condujo a pérdidas en infraestructura pública de salud y en recursos humanos - La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto de bolsillo en la mayoría de los países
- La implementación de compromisos de gestión mejoró la gestión de servicios, en algunos casos. - Se inició la aplicación de criterios de eficiencia y efectividad en la provisión de servicios de salud.	- La introducción de la lógica de casi-mercados en el sector público de salud deterioró las funciones esenciales de salud pública. - La promoción de competencia entre aseguradores y/o proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. - La introducción de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individual llevó a la priorización de servicios curativos por sobre acciones preventivas. - Se ha avanzado poco en la mejoría del desempeño y de la efectividad general de los sistemas y en los aspectos de calidad de la atención, bien así en evitar la fragmentación y la falta de racionalidad en la disponibilidad de la infraestructura.



• Se implementaron mecanismos de focalización para extender cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. • Muchos países adoptaron la idea de crear “paquetes básicos” de salud para los pobres o para grupos específicos de la población	• La introducción de “paquetes básicos” para los pobres, con la aparición de planes de prestaciones distintos en calidad y cantidad para los diversos estratos de población de acuerdo a su condición económica profundizó la segmentación de los sistemas de salud. • La creación de fondos separados para aquellos con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir condujo a la pérdida de solidaridad al interior del sistema, acentuó la segregación poblacional, y profundizó la inequidad en el acceso a los cuidados de salud así como en los resultados de salud. • La cobertura no aumentó como se esperaba, y, en muchos casos, el incremento de la demanda por servicios de salud no pudo ser satisfecho debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la provisión de servicios de salud
• En la mayoría de los países se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización	• Procesos incompletos de descentralización profundizaron la falta de rectoría y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud. • §La fragmentación de la red de entrega de servicios se profundizó y hoy es uno de los rasgos más característicos de los sistemas de salud en la región, donde operan múltiples agentes sin coordinación y a menudo en competencia unos con otros.

Fuentes: Fleury S. 2001; Levkovitz E, Acuña C. 2003; Mesa-Lago, C. 2005; World Bank, 2006.; CEPAL, 2006 y el conjunto de Perfiles de Sistemas de Salud de los Países de la Región – Ediciones 2000-2002, disponibles en www.lachealthsys.org

Como se desprende de la tabla anterior, las reformas sectoriales pusieron más énfasis en el desarrollo de la competencia entre los prestadores de servicios a través de políticas como libertad de elección, pago por resultados y un aumento en el pluralismo de la provisión. Sin un manejo adecuado, estas políticas corren el riesgo de aumentar la fragmentación de los servicios de salud (36). En los últimos años se observa una tendencia a abandonar la competencia e introducir políticas que favorezcan la colaboración entre proveedores de salud como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención sanitaria.

Distintos países han desarrollado experiencias con la integración de proveedores para proporcionar el continuo asistencial a su población beneficiaria. Así, la integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios. A continuación se señalan algunas de estas iniciativas en los países de América Latina y el Caribe.

Tabla 3. Iniciativas seleccionadas de esfuerzos de integración de servicios de salud en países de América Latina y el Caribe

País/ Territorio	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud	La integración armónica de las partes que componen el sistema de salud, bajo una coordinación adecuada, en una red que obedezca a un plan nacional y responda con racionalidad y eficacia a las necesidades de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario.

Bolivia (b)	Redes públicas descentralizadas y comunitarias de salud	Cambio en la organización y administración de una red de servicios de salud con separación de roles entre comprador y proveedor combinando con una gerencia basada en resultados y la participación de la comunidad en el proceso.
Brasil (c)	Más Salud: Derecho de Todos 2008-2011	Integrar las acciones de promoción, prevención y asistencia en una perspectiva amplia de atención a la salud, recuperando el papel de inductor del Gestor Federal, de modo de articular la organización de redes de salud con una perspectiva de modelo de desarrollo orientado hacia la equidad en su dimensión personal y territorial.
Chile (d)	Redes asistenciales basadas en la atención primaria	Desarrollar redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.
Perú (e)	Lineamientos para la conformación de redes	Promover la formación de redes plurales de prestadores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.
República Dominicana (f)	Modelo de red de los servicios regionales de salud	Desarrollar formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a proveer servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida a la familia y la relación de ésta con los procesos sociales.
Uruguay (g)	Sistema Nacional Integrado de Salud	Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
Venezuela (h)	Red de salud del Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar el modelo de atención basado en las necesidades de calidad de vida y salud de la población y dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando univversalidad y equidad.
Argentina-Brasil y Paraguay (i)	Red de servicios de salud en la región de frontera	Contar con una propuesta trinacional para solucionar los principales problemas de interés común, sobre la base de una “red de frontera”, y con énfasis en la atención materno-infantil.

Fuentes: (a) Ministerio de Salud (2008). Borrador para el debate: ley de creación del sistema federal integrado de salud: proyecto de creación del sistema federal integrado de salud: convocatoria a un debate amplio y fecundo. (b) Ministerio de Salud y previsión Social (2002). N°2 Redes públicas descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia: una experiencia de transferencia de poder, complementareidad, desarrollo integral de servicios y gestión por resultados. (c) Ministério da Saúde (2008). Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011. Ministerio de Salud (2001). (d) Ministerio de Salud (2008). Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.minsal.gob.cl/>. (e) Ministerio de Salud. Lineamientos para la conformación de redes. (f) Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. (g) República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud: creación. XLVla. Legislatura. (h) Distrito Metropolitano de Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005). Taller de definición de redes de servicios de salud del Distrito Metropolitano de Caracas. (i) OPS, Ministerios de salud de Argentina, Brasil y Paraguay (2004). Estudio de la red de servicios de salud en la región de la frontera: Argentina, Brasil y Paraguay 2001-2002.

No obstante las iniciativas anteriores, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el desarrollo de redes integradas están todavía poco desarrollados, y necesitan ser considerados en los desarrollos futuros de los sistemas de salud (37) (38).



CAPÍTULO 2: LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

El concepto de servicios de salud integrados y sus diferentes modalidades

El concepto de servicios de salud integrados no es nuevo, sin embargo su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos (39) (40). Esta diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre servicios de salud integrados:

“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (41)

Como se puede apreciar de la definición anterior, ésta es bastante amplia y permite abarcar muchas “modalidades” de integración. El mismo documento de la OMS señala la existencia de seis modalidades principales de integración de servicios, las cuales consideran la integración como: i) un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional (p. Ej. la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); ii) sitios de atención multi-propósito (p. Ej. clínicas multi-propósito, policlínicos); iii) cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo (p. Ej. cuidado de condiciones crónicas); iv) la integración vertical de los diferentes niveles de atención (p. Ej. red de servicios de un distrito sanitario); v) la vinculación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios (p. Ej. gestores responsables de la salud de una población y que simultáneamente proveen servicios y/o compran servicios a diversas entidades); y vi) el trabajo con otros sectores (p. Ej. coordinación con servicios sociales). Además de las señaladas anteriormente, se pueden considerar otras variantes de integración tales como la integración entre prestadoras y aseguradoras de salud (p. Ej. HMO's de los EUA), entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, entre el sector público y el privado, entre servicios personales y servicios de salud pública, y entre servicios de salud de distintos países (p. Ej. servicios a nivel de fronteras).

Desde el punto de vista conceptual, la integración se puede entender mejor como un continuo más que como una situación de extremos opuestos entre integración y no integración (42). Esto significa que existe una gradiente de integración entre la fragmentación absoluta hasta la integración total. Por otra parte, no todos los elementos que componen un sistema deben necesariamente integrarse. La experiencia demuestra que dentro de las partes que componen un sistema, existen ciertas partes que son más importantes que otras en lograr una integración efectiva. Se debe recordar también que la integración no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema (43). De este modo, los esfuerzos de integración solamente tendrán justificación en la medida que ellos conduzcan a servicios más accesibles, de mayor calidad, con mejor relación costo-beneficio, y que satisfagan a los usuarios.

A continuación se presentan algunos términos adicionales relacionados con el concepto de integración de servicios de salud, y con el concepto de RISS en particular (45).



Tabla N. 4. Términos relacionados con el concepto de servicios de salud integrados

Concepto	Definición	Comentarios
Integración horizontal*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de entrega de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos.
Integración vertical*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de entrega de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud.
Amplitud de integración*	Número o conjunto de funciones y servicios diferentes que proporciona el sistema a lo largo del continuo de servicios de salud.	
Profundidad de integración*	Número de unidades diferentes que posee un sistema para proporcionar una determinada función o servicio.	
Concentración geográfica*	El grado en que las unidades operativas de un sistema están localizadas en proximidad una con la otra, y con relación a la población servida.	
Integración clínica*	El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema.	El grado de coordinación del cuidado depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones que haga su equipo de salud. La integración clínica incluye la integración horizontal y la vertical.
Integración personal de salud-sistema (Modificado)*	El grado en que el personal de salud se identifica con el sistema; usan sus establecimientos y servicios; y participan activamente en la planeación, gestión y gobernanza del sistema.	

Integración funcional*	El grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información, mercadeo y garantía/mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema.	La integración funcional no implica que todas las actividades deban ser centralizadas y/o estandarizadas. Integración funcional tampoco significa que todas las funciones y actividades deben reorganizarse simultáneamente, sin embargo algunas deben comenzarse lo antes posible (ejemplo: planificación estratégica).
Integración real**	Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).	
Integración virtual**	Integración a través de relaciones, y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema.	Modalidad que utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales “simulan” los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos.
Continuidad asistencial***	El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí y consistentes con las necesidades médicas del paciente y de su contexto personal.	Corresponde a la experiencia de la coordinación asistencial desde la perspectiva del paciente. Existen tres tipos de continuidad: i) de la relación entre el paciente y el proveedor; ii) de la información; y iii) de la gestión del problema de salud.

Fuentes: * Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. Health-care forum journal 1993;36(2):20-6. ** Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc. *** Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ;327(7425):1219-1221.

En los varios artículos y libros revisados en el proceso de elaboración del presente documento, los términos de coordinación, continuidad e integración asistencial suelen utilizarse indistintamente para referirse a una misma idea. Sin embargo, existen matices importantes que diferencian estos términos. El término continuidad asistencial se centra más bien en la relación entre las personas y el proveedor. Para que haya continuidad, la persona/paciente debe “experimentar” la coordinación de la atención. Por otra parte, la coordinación e integración asistencial representan etapas dentro del continuo de la integración, donde la integración corresponde a un nivel más avanzado de coordinación. En la siguiente tabla, se explican los conceptos de autonomía, coordinación e integración con base a ciertas características clave de los servicios de salud (Ver tabla N. 5). En todo caso, esta tabla no representa el concepto de “unificación” de los servicios de salud, el cual se puede lograr mediante la absorción, fusión y/o consolidación de los servicios de salud de distintos entes organizacionales.

Tabla N. 5. Los conceptos de autonomía, coordinación e integración de servicios de salud

	Autonomía	Coordinación	Integración
Información en salud	Circula fundamentalmente dentro del mismo grupo de socios	Circula activamente entre grupos de diferentes socios	Orienta el trabajo de los distintos socios para cumplir con las necesidades que han sido acordadas

Visión del sistema	Influenciada por la percepción de cada socio y posiblemente el interés propio	Basado en un compromiso común de mejorar el desempeño del sistema como un todo	Un marco común de valores, haciendo cada socio socialmente “responsable”
Uso de los recursos	Esencialmente para cumplir con objetivos autodeterminados	A menudo para asegurar la complementariedad y el refuerzo mutuo	Usados de acuerdo a un marco común de planeamiento, organización y monitoreo de actividades
Toma de decisiones	Coexistencia independiente de varios modos de toma de decisión	Proceso consultivo en la toma de decisiones	Los socios delegan parte de su autoridad a una instancia única de decisión
Naturaleza de la alianza	Cada grupo tiene sus propias reglas y puede buscar alianzas ocasionalmente	Existen esfuerzos cooperativos para proyectos que tienen duración limitada	Alianza institucionalizada basada en declaraciones de misión y/o legislación

Fuente: World Health Organization (2000). Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health development: a working paper. Geneva: WHO.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud

La definición más ampliamente usada para RISS corresponde a la desarrollada por el Dr. Shortell, Profesor de la Universidad de Northwestern, EUA, quien los define como:

“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (45)

Estos sistemas son llamados también “sistemas organizados de servicios de salud”(46), o “organizaciones sanitarias integradas”(47), o “sistemas clínicamente integrados”(48) Como se señaló anteriormente, las RISS no requieren que todos los servicios que los componen tengan propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden ser prestados a través de una variedad de arreglos contractuales y/o alianzas estratégicas.

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de RISS. Sin embargo, la mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: i) sistemas que integran médicos solamente; ii) sistemas que integran médicos y establecimientos de salud; y iii) sistemas que integran médicos, establecimientos de salud y aseguradoras de salud(49).

Los beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

El nivel de pesquisa e investigación en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en países de bajos y medianos ingresos(50). No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que los RISS mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad(51) (52) (53) (54) (55). La reducción de los costos de producción se obtendría a través de mejoras en la costo-efectividad de los servicios,



reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejoras en las economías de escala⁶ y de producción conjunta⁷, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se han asociado a su vez con mejoras en la calidad de la atención. Además, los RISS tenderían a mejorar el nivel de ajuste entre los recursos del sistema y las necesidades de salud de la población a través de un mejor balance entre especialistas y generalistas (58). En términos financieros, los sistemas integrados se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos (59).

Desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se ha asociado a mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud (60) (61) (62) (63) (64). Estos hallazgos son consistentes con pesquisas de percepción entre gestores y prestadores de servicios que sugieren una relación positiva entre el nivel de integración y la efectividad del sistema (65). Desde la perspectiva del usuario, los RISS facilitan el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención; mejoran el acceso a otros niveles de atención cuando son requeridos; evitan la duplicación/repeticón innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejoran los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente; y facilitan la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas (66). Independiente de los hallazgos anteriores, existe un amplio acuerdo entre los investigadores del tema que se deben realizar más estudios para demostrar la relación entre nivel de integración y resultados a nivel clínico, a nivel de salud poblacional y a nivel de satisfacción de los usuarios (67).

Un ejemplo claro de buenos resultados de sistemas integrados de servicios de salud lo constituye Kaiser Permanente (KP) (Ver Box N. 2). En enero de 2002, el British Medical Journal publicó una comparación de KP en California y el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS). Entre los sorprendentes resultados del estudio, la comparación demostró lo siguiente: i) los miembros de KP tuvieron unos servicios del primer nivel de atención más convenientes y completos y un acceso más rápido a servicios especializados e ingresos hospitalarios que el NHS británico; ii) las tasas de hospitalización aguda ajustada a la edad en KP son un tercio de las del NHS para condiciones tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirugía de cadera y accidente cardiovascular, mientras que el rendimiento general del sistema es mejor; y iii) KP consigue estos resultados a través de un uso más eficiente de los hospitales, la integración de sus servicios de salud y la utilización de sistemas de información. Por otra parte, evaluaciones hechas por KP a su sistema de información integrado demostró los siguientes beneficios: i) incremento de la satisfacción del paciente debido a las opciones disponibles online (especialmente poder ver los resultados de laboratorio y la reimpresión de recetas) como también al resumen post-visita generado por el sistema para sintetizar lo que el médico le ha recomendado al paciente durante una visita; ii) una reducción en el número de visitas a los médicos y llamadas telefónicas; iii) una reducción de pruebas redundantes e imágenes, ya que los exámenes nunca se pierden una vez han sido introducidos en el sistema; iv) un incremento en la adhesión a directrices basadas en las mejores prácticas; y v) una mejora en los resultados de salud del paciente (68).

6 Economías de escala se refieren a situaciones donde los costos medios de largo plazo caen con el crecimiento de la escala o el volumen de actividades, en la medida que el período de tiempo sea lo suficientemente largo como para que todos los insumos sean variables. Las economías de escala se dan en los procesos productivos donde los costos fijos son elevados con relación a los costos variables.

7 Economías de producción conjunta, o de espectro, se refieren al aumento de las economías producidas por la variedad de los servicios ofertados por una misma unidad productiva.



Caja N. 2. La atención sanitaria integrada de Kaiser Permanente

Kaiser Permanente (KP) es el mayor sistema de atención sanitaria integrada sin fines de lucro, no gubernamental, en los Estados Unidos de América. Funciona en nueve estados y en el Distrito de Columbia y cuenta con 8,7 millones de miembros, 14.000 médicos y 160.000 empleados. Posee y administra 421 edificios de consultas médicas (para la atención ambulatoria) y 32 centros médicos (hospitales con atención ambulatoria). En California, los centros médicos ofrecen “una ventana única” para la mayoría de los servicios: hospitales, ambulatorios, farmacia, radiología, laboratorio, cirugía y otros procedimientos, y los centros de educación para la salud. Esta co-localización es un simple mecanismo de integración que promueve el cumplimiento del paciente y aumenta las oportunidades de los médicos del primer nivel de atención para comunicarse y consultar con especialistas, personal hospitalario, farmacéuticos, etc.

KP no es una entidad jurídica real, es más bien un nombre paraguas para tres entidades que operan de forma integrada: el Plan de Salud de la Fundación Kaiser (PSFK), Grupos Médicos Permanente (GMP) y Hospitales de la Fundación Kaiser (HFK). La exclusividad mutua es una característica clave que sustenta estas relaciones. Esto significa que los GMP no practican la medicina fuera de KP. Del mismo modo, el PSFK no contrata directamente con otros grupos médicos. La contratación de los servicios médicos necesarios se realiza por los grupos médicos. PSFK y GMP comparten los incentivos para mantener sanos a los miembros y controlar los costes de la atención.

Desde 2003, KP se ha embarcado en un viaje para convertirse en el líder mundial en tecnología de la información mediante la integración total de sus sistemas y dando a los miembros acceso a muchas características en línea. Se ha puesto en marcha KP HealthConnect, un sistema seguro de datos electrónicos nacional que enlaza todos los aspectos de la atención. Para los proveedores, el sistema: i) se convierte en la comunicación y la herramienta de mensajería entre los que cuidan de los pacientes, ordenar las pruebas o medicamentos, y la recepción de resultados; ii) incorpora herramientas de apoyo para la toma de decisiones, tales como guías de práctica clínica, recomendaciones de fármacos y alertas para pruebas atrasadas o exámenes preventivos; iii) ofrece herramientas de gestión de la población, como los registros de las personas con diabetes, asma y enfermedades del corazón; y iv) provee información sofisticada para la investigación y evaluación de desempeño, incluyendo comentarios para los distintos profesionales y equipos. Por otro lado, KP HealthConnect ofrece a los miembros y pacientes: i) acceso en línea a su historial médico y resultados de pruebas, información de educación en salud, citas, renovación de prescripción, e incluso información sobre elegibilidad y beneficios; ii) la oportunidad de enviar e-mails a su médico; y iii) evaluaciones de salud en línea e información personalizada sobre su estado de salud.

En 1997 KP creó el Instituto de Gestión de la Atención (IGA). La misión del IGA es la de mejorar los resultados sanitarios a través de la identificación, implementación y evaluación de programas de atención sanitaria consistentes a nivel nacional, basados en criterios y conocimientos científicos, orientados a la población y con relación costo-efectividad. El IGA produce las guías que alimentan las indicaciones de KP HealthConnect y otros materiales a los que los médicos pueden acceder en todo momento.

Desde finales de la década de 1980, KP ha estado invirtiendo en la infraestructura y los programas para la gestión de las poblaciones con condiciones crónicas, en particular las que afectan a urgencias y hospitalización. Los médicos del primer nivel de atención gestionan sus enfermos, pero con el apoyo de los equipos activos para pacientes con enfermedades crónicas. Dependiendo del problema crónico, estos equipos pueden incluir enfermeras, asistentes médicos, educadores en salud, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos y especialistas.

Hoy en día, KP ofrece cientos de clases de educación para la salud en cada uno de sus centros médicos, sobre temas que van desde la gestión del estrés hasta el cuidado de la diabetes o para dejar de fumar. Los educadores en salud pueden ser enfermeras, farmacéuticos, médicos, profesores con estudios superiores en salud pública. Además, KP envía a todos sus miembros una copia del manual “Healthwise”. Esta guía de cientos de cuidados médicos incluye consejos para el cuidado en el domicilio, así como asesoramiento acerca de cuándo llamar a su médico o ir a urgencias.



CAPÍTULO 3: LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LOS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dada la gran variedad de contextos externos y factores internos, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles. El objetivo de política pública entonces es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema (69). No obstante la variedad de contextos externos señalados en el capítulo 2, la experiencia acumulada en los últimos años indica que los RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. Los atributos que se presentan a continuación han sido extraídos de una extensa revisión de la literatura (70) (71), de las discusiones del grupo de trabajo en RISS, y de la consulta de expertos realizada por OPS/OMS en Santiago de Chile, en octubre de 2007.

Listado de atributos esenciales de los RISS

1. Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema;
2. Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional;
3. Un 1er nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población;
4. Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios;
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios;
6. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio;
7. Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el RISS;
8. Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico;
9. Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema;
10. Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del RISS;
11. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema; y
12. Acción intersectorial amplia.

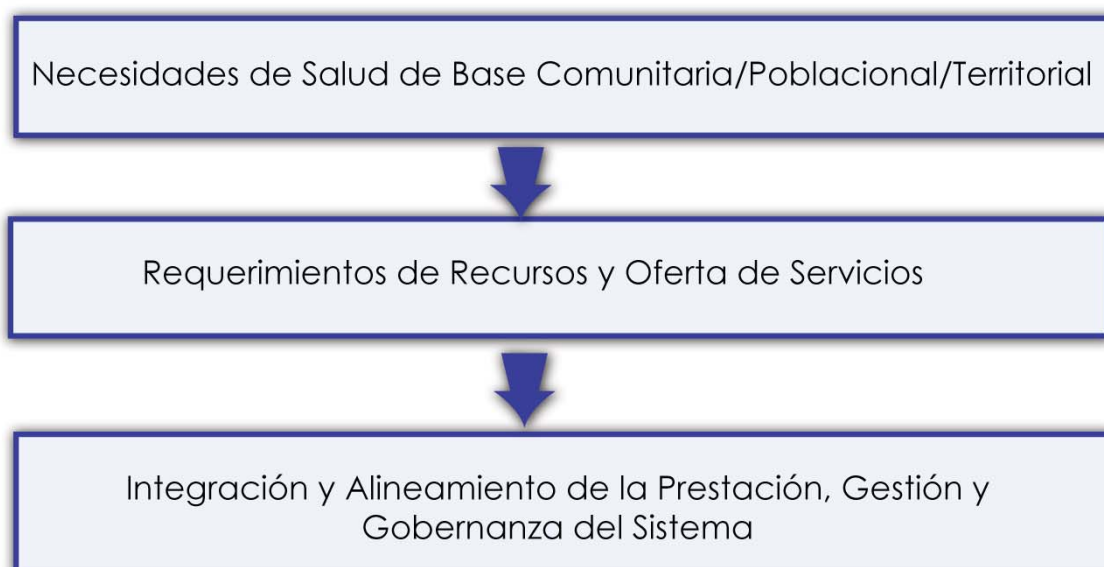


Los atributos esenciales de los Redes Integradas de Servicios de Salud

POBLACIÓN/TERRITORIO A CARGO DEFINIDOS Y AMPLIO CONOCIMIENTO DE SUS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EN SALUD, LAS CUALES DETERMINAN LA OFERTA DE SERVICIOS DEL SISTEMA

La función principal de los RISS es coordinar el continuo de los servicios de salud con el fin de preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas y/o la comunidad. Para lograr lo anterior, los RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad. Claramente, los RISS que se organizan sobre la base de áreas geográficas definidas tienen una ventaja comparativa mayor con relación a los sistemas que no se organizan sobre una base territorial, particularmente en lo que se refiere a la posibilidad de implementar acciones de salud pública (72), promover acción inter-sectorial, e intervenir en los determinantes sociales de la salud. El conocimiento de la población/territorio a cargo permite elaborar perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen, y en forma particular de los grupos poblacionales más vulnerables⁸. Este conocimiento sobre las necesidades y demandas en salud de cada grupo poblacional les permite a su vez el diseño diferenciado de servicios que respondan mejor sus necesidades específicas. Para la recolección de datos, los RISS coordinan los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes, incluidos otros sectores de la economía. La meta es generar una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud pública y los de atención a las personas. Lo anterior implica también la capacidad de elaborar proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud. La identificación de las necesidades de la población permite entonces estimar el número y composición del personal, los recursos de capital y los programas y servicios de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud específicas de la población a cargo. La siguiente figura ilustra la secuencia de eventos que garantizan la orientación comunitaria de los servicios de salud de los RISS (73):

Figura N. 2. La orientación comunitaria de los servicios de salud



⁸ La población más vulnerable incluye los socialmente excluidos, los pobres, las minorías, los indígenas, los afro-descendientes, los enfermos, los minusválidos, las mujeres, los niños, y los ancianos.

UNA EXTENSA OFERTA DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD, LOS CUALES INCLUYEN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNOS, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS, TODOS BAJO UN ÚNICO PARAGUAS ORGANIZACIONAL

Los RISS disponen de una extensa red de establecimientos y servicios de salud personales y de salud pública⁹, todos bajo un único paraguas organizacional. Para ello cuentan con una amplia gama de establecimientos de salud incluidos centros ambulatorios del 1er nivel de atención, centros de enfermería, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación, y centros hospitalarios (solamente para el manejo de cuadros agudos y sub-agudos complicados). Los RISS disponen de todos los niveles de atención, tanto ambulatorios como intra-hospitalarios, y son capaces de proporcionar cuidados a eventos agudos, a eventos de largo plazo, a situaciones electivas, a situaciones de urgencia, e integran también cuidados personales con servicios de salud pública. Debido a que su foco principal es mantener a la población sana, los RISS enfatizan los servicios de salud pública y los servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. Los RISS promueven también la proximidad geográfica de sus unidades operativas de modo que sus servicios sean prestados lo más cercano posible donde las personas residen. Los RISS son capaces además de adecuarse a las diferentes realidades locales mediante ajustes a la oferta de servicios de salud y el desarrollo de sub-regiones al interior del sistema. Por último, los RISS se preocupan de mantener tamaños poblacionales razonables para: i) facilitar el acceso a los servicios de salud; ii) garantizar la estandarización y la calidad de los servicios especializados, particularmente aquellos que son volumen-dependientes; y iii) hacer un uso apropiado de las economías de escala. En este sentido, el estudio de Kronick et al. (1993) sugiere que el tamaño poblacional razonable para que un sistema pueda ofrecer referencia a servicios hospitalarios es de alrededor de 450.000 personas (74).

UN 1ER NIVEL DE ATENCIÓN QUE ACTÚA DE FACTO COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA, QUE INTEGRA Y COORDINA EL CUIDADO DE LA SALUD, Y QUE RESUELVE LA MAYORÍA DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

En un RISS, el 1er nivel de atención¹⁰ juega un papel clave e irremplazable para el adecuado funcionamiento del sistema como un todo. En este sistema, el 1er nivel de atención actúa como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales para toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Es el componente del sistema que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. El 1er nivel de atención realiza además un rol muy importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios, independiente del sitio de atención. También es el nivel que integra los cuidados personales, de salud pública, y los programas focalizados en ciertas enfermedades y/o riesgos específicos a la salud. En un RISS, el 1er nivel no está confinado a la provisión de los servicios en los centros de salud. El personal de salud puede moverse a lo largo de toda la red de servicios del sistema y proveer cuidados en diferentes sitios tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y la comunidad en general. Del mismo modo, especialistas de distinto orden pueden proveer servicios en el 1er nivel de atención. Pero el 1er nivel de atención por sí solo no puede resolver la totalidad de los problemas de salud de la población. Es por este motivo que los servicios del 1er nivel de atención son apoyados y complementados por los otros niveles especializados del sistema, incluyendo servicios de protección social.

9 Servicios de salud pública incluyen análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros.

10 En este documento se ha preferido usar el término 1er nivel de atención en sustitución del término “atención primaria” de modo de evitar confusiones con respecto al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), el cual para OPS representa un enfoque (o estrategia) amplio para la organización y operación del sistema de salud como un todo, y no solamente la provisión de servicios de salud del 1er nivel de atención. En todo caso, el término atención primaria, como primer nivel de atención, ha sido definido por el Instituto de medicina de los EUA como “la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad” (Institute of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996).



ENTREGA DE SERVICIOS DE ESPECIALIDAD EN EL LUGAR MÁS APROPIADO, LOS CUALES SE DAN PREFERENTEMENTE EN AMBIENTES EXTRA-HOSPITALARIOS

Los RISS buscan constantemente la provisión de los servicios de salud en el lugar más apropiado para la atención. Independiente del tipo de integración a implementar, el desarrollo de los RISS requerirá siempre de ajustes importantes a la oferta de servicios. Como se dijo anteriormente, los ajustes de los servicios deberán responder a las necesidades de salud de la población y considerar los procesos de sustitución¹¹ que buscan ofrecer el cuidado de la salud en el sitio más apropiado del continuo de los servicios de salud. En la mayoría de los casos, el sitio más apropiado para la atención se da en ambientes extra-hospitalarios. Sólo el cuidado agudo y sub-agudo intensivo debe ser entregado en hospitales u otros centros especializados de atención cerrada (p. Ej. establecimientos de cuidados especializados de enfermería). Como resultado de los procesos de sustitución, algunos hospitales podrían enfrentar la posibilidad de excesos de camas hospitalarias, lo que a su vez resultaría en la necesidad de reducir camas hospitalarias y reasignar al personal correspondiente. En otros casos, los hospitales están sufriendo procesos de re-ingeniería que involucran la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería. No obstante lo anterior, en la Región todavía existen realidades donde hay escasa oferta de servicios hospitalarios, y por lo tanto, podría justificarse la creación y/o ampliación de la oferta de camas hospitalarias sobre la base de estudios de oferta y demanda, siempre y cuando se den dentro del marco de sustitución señalado anteriormente. Para alcanzar la eficiencia en la asignación de los recursos al interior del sistema, la red debe proporcionar incentivos financieros y no-financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográfico-epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo-efectividad. Ello sólo se logra si los incentivos de las diferentes unidades operativas están completamente alineados con los objetivos globales del sistema.

EXISTENCIA DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN ASISTENCIAL A LO LARGO DE TODO EL CONTINUO DE SERVICIOS

Uno de los desafíos más grandes de los RISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que “cruzan” el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependerán de cada situación en particular y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas. En términos generales, se pueden establecer tres modelos de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: la *provisión paralela*, que se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa; el *gestor-consulta*, con un nivel asistencial actuando como gestor del paciente y el resto de niveles interviniendo para aconsejar o realizar una intervención concreta; y finalmente, la *co-provisión de la atención*, que supone la responsabilidad compartida en la resolución del problema. La adopción del modelo adecuado depende de la complejidad de las necesidades del paciente y del modelo de atención, además de los factores descritos más arriba. Los modelos de co-provisión son más efectivos para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos ámbitos (75).

Los instrumentos o mecanismos de coordinación tradicionalmente utilizados por las organizaciones sanitarias se basan en la normalización de las habilidades, la estandarización de los procesos/resultados, y la adaptación mutua. La *normalización de las habilidades* de los profesionales se hace mediante un plan global de formación continuada personalizado, basado en necesidades individuales de aprendizaje, y con participación activa del clínico. En los últimos años para reducir costos y enfatizar la calidad, los proveedores sanitarios han comenzado a *estandarizar los procesos y resultados* asistenciales. Las Guías de Práctica Clínica¹² y los Mapas de Atención, Trayectorias Clínicas o Protocolos¹³ son ejemplos de instrumentos de coordinación basados en

11 Proceso de continuo reagrupamiento de los recursos a lo largo de los diferentes sitios de atención con el propósito de explotar las mejores soluciones posibles (WHO, Regional Office for Europe. European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO; 1996).

12 Son recomendaciones sistemáticas, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas (Grifell E, Carbonell JM, Infesta F. Mejorando la gestión clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002).

13 Son planes de gestión de la atención al paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de intervenciones que los médicos, enfermeras y otros profesionales deberán llevar a cabo para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado (Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny AD, ed. Health care management. New York: Delmar, 2000:210-43).



la estandarización de los procesos. Este tipo de mecanismos se pueden utilizar eficazmente cuando las interdependencias entre los profesionales no son elevadas, la variabilidad en la respuesta a las intervenciones médicas entre pacientes es mínima y la programación de la atención resulta fácil. Sin embargo, estos instrumentos resultan poco eficaces para coordinar la atención de problemas de salud complejos que comportan un elevado nivel de interdependencias y de incertidumbre. En estas circunstancias resultan más adecuados los mecanismos basados en la *adaptación mutua*, es decir, la coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en el mismo proceso asistencial. Ejemplos de éste último tipo de mecanismo son los sistemas de información vertical, los grupos de trabajo interdisciplinarios y los diseños matriciales de la organización que combinan la estructura por nivel asistencial y por proceso de atención (76). Otros ejemplos incluyen la Gestión de la Enfermedad¹⁴ y Gestión de Casos¹⁵ (Ver Tabla N. 6).

Tabla N. 6. Modelos de organización asistencial e instrumentos de coordinación asistencial

Organización asistencial entre niveles asistenciales	Provisión paralela	Clara división entre profesionales sin una colaboración significativa
	Gestor consulta	Un nivel actúa como gestor del paciente y el resto aconseja o realiza una intervención concreta
	Co-provisión	Responsabilidad compartida en la resolución de un problema
Instrumentos de coordinación asistencial	Normalización actividades	Programas de formación
	Normalización de procesos y resultados	Guías de Práctica Clínica Mapas de atención, trayectorias clínicas o protocolos
	Adaptación mutua	Sistemas de información vertical Grupos interdisciplinarios Estructuras matriciales

Fuente: Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Pública, Nov.-dic. 2005, Vol.79, no.6, p.633-643.

- 14 Son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de alta prevalencia, que requieran una atención intensiva o de elevado coste, que representan un elevado costo en medicamentos, con intervenciones cuyos resultados puedan medirse y para los cuales se hayan descrito variaciones significativas en la práctica clínica (Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World health Organ 2001;79(8):755-63).
- 15 Provisión de atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y subfamilias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta. Se dirige a personas con un nivel de riesgo elevado ya que requieren una atención muy costosa, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas. El gestor de casos coordina la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial (Smith JE. Case management: a literature review. Can J Nur. Adm. 1998; May-June:93-109).

CUIDADO DE LA SALUD CENTRADO EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD/TERRITORIO

Los RISS se caracterizan por brindar un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/ territorio. El cuidado centrado en la persona significa que el cuidado se centra sobre la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona. Significa también el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el prestador y la persona (77). El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas/pacientes con respecto a la atención sanitaria, el cual ha sido plasmado en algunos países en las denominadas “Cartas de los Pacientes” (Ver Box N. 3).

Caja N.3. Derechos/deberes de las personas/pacientes más frecuentemente encontrados en las “Cartas de los Pacientes”

Los derechos de las personas/pacientes más frecuentemente encontrados en las Cartas de los Pacientes son:

- *Medidas preventivas* (servicios para prevenir las enfermedades, incluido educación para la salud)
- *Ambiente saludable y seguro* (que asegure salud y/o bienestar físico y mental)
- *Acceso al cuidado de la salud* (a todo el espectro de servicios de salud, y acceso igualitario para todos sin discriminación de ningún tipo)
- *Trato humano* (tratamiento con respeto, dignidad y consideración)
- *Acceso a información* (con relación a condición de salud, servicios provistos, investigación e innovación tecnológica)
- *Participación y consentimiento informado* (participación activa con relación a las decisiones de la propia salud, incluyendo procedimientos diagnósticos, terapéuticos e investigación científica)
- *Rechazo de tratamiento* (siempre y cuando el rechazo no ponga en peligro la salud de otros)
- *Posibilidad de elegir entre diferentes procedimientos diagnósticos/terapéuticos* (sobre la base de información adecuada, y segunda opinión cuando se requiera)
- *Privacidad y confidencialidad* (confidencialidad de información personal, incluyendo información sobre condición de salud, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, al igual que privacidad durante el desarrollo de exámenes diagnósticos, visitas y tratamientos médicos/quirúrgicos)
- *Observancia de los estándares de calidad* (acceso a servicios de salud de calidad sobre la base de las especificaciones y observación de estándares precisos)
- *Seguridad* (cuidado libre de daño a la salud)
- *Evitar sufrimiento y dolor innecesario* (en cada fase de la enfermedad)
- *Tratamiento personalizado* (procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se ajustan lo más posible a las necesidades personales)
- *Servicios culturalmente sensibles* (cuidado que respeta culturas y creencias, al igual que preferencias de género)
- *Reclamos* (reclamo cuando se sufre daño y recibir una respuesta apropiada)
- *Compensación* (recibir compensación suficiente cuando se sufre daño físico, moral y psicológico causado por los servicios)

Los deberes de las personas/pacientes más frecuentemente encontrados en las Cartas de los Pacientes son:

- *Responsabilidades con uno mismo, es decir responsabilidad en mantener y promover la propia salud* (auto-cuidado y estilo de vida saludable), al igual que responsabilidad en recuperar la salud en caso de enfermedad (participación activa durante tratamiento y rehabilitación)
- *Responsabilidades con terceros* (p. Ej. no dañar la salud de otras personas, evitar el daño a personal de salud y/o otros pacientes mediante trato abusivo, irrespetuoso, violento y/o acoso racial, sexual o de cualquier otro tipo)
- *Responsabilidades con el sistema de salud* (p. Ej. contribuir con el uso justo y eficiente de los recursos del sistema)

Fuentes: The European Charter of Patient's Rights (www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf); The Malaysian Medical Association (<http://www.mma.org.my/resources/charters>); The South African Department of Health (<http://www.legacy.hst.org.za/doh/rights>); and The Department of Human Services of Victoria, Australia (<http://www.health.vic.gov.au/patientcharter>).



Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado no se basa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica solamente. Por el contrario, significa que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan. Por otra parte, el cuidado de base comunitaria significa además (78): i) la participación de la comunidad en la identificación de las necesidades de salud, la planeación, y la entrega de los servicios; ii) la gobernanza de la comunidad en temas de gestión, gastos, asignación de recursos y evaluación del desempeño del sistema; iii) iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es al mismo tiempo la unidad de análisis y la unidad de intervención; y iv) la participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados.

UN SISTEMA DE GOBERNANZA PARTICIPATIVO Y ÚNICO PARA TODO EL SISTEMA

Las dimensiones de la gobernanza¹⁶ son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un único órgano de gobierno (gobierno corporativo), hasta múltiples órganos descentralizados con distintas funciones y responsabilidades. Si bien no existe evidencia empírica sobre qué modelo permite alcanzar un mayor grado de integración de la red, se han definido tres atributos deseables para la buena gobernabilidad del sistema: la responsabilidad del gobierno con toda la red, esto es, una perspectiva de sistema a la hora de tomar decisiones estratégicas; la responsabilidad con la población que atiende; y, por último, la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las entidades del sistema para asegurar la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo de la red. Las ventajas de la centralización son claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna, mientras que un gobierno descentralizado acerca la toma de decisiones a las circunstancias locales y el proceso es más ágil y rápido. Los miembros seleccionados para el directorio definen la composición del gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran los RISS (79). La complejidad del gobierno del RISS requerirá la presencia de miembros con dedicación elevada y una preparación específica. Se considera clave para la integración asistencial que en la dimensión estratégica existan objetivos y estrategias compartidos por todos los servicios y que proporcionen un vínculo común para las actividades desarrolladas dentro de la red. De este modo, las responsabilidades del gobierno del RISS son: i) formular los fines de la organización, es decir la misión y visión del sistema; ii) asegurar que la gestión alcance un nivel de desempeño elevado, es decir realizar la función de monitoreo y evaluación del sistema; iii) normar las funciones clínicas y administrativas del sistema; iv) asegurar una financiación adecuada para la organización; v) y asumir la efectividad del desempeño propio, como órgano de gobierno (80).

GESTIÓN INTEGRADA DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y DE APOYO CLÍNICO

Los arreglos de gestión del sistema dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación. Esto significa proveer a los niveles jerárquicos intermedios de roles de coordinación y de un sistema de presupuestación multi-nivel (81). Los cambios en el segundo y tercer nivel de gestión involucran el paso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de cuidados para los grupos poblacionales. Para ello, los RISS han comenzado a buscar nuevos diseños organizacionales, moviéndose en un continuo desde la organización tradicional por establecimiento de salud a formas más innovadoras basadas en “líneas de servicio clínico”¹⁷. Los RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención para todo el RISS, ya que estos sistemas ayudan a

16 Gobernanza tiene que ver primariamente con “el proceso de crear una visión y misión de la organización – qué es lo que será y qué es lo que hará – además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir de modo lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños y de las políticas que derivan de estos valores – políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados. Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización” (Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. Riding the third rail: the story of Ontario’s health services restructuring commission. 1996-2000. The Institute for Research on Public Policy, Montreal.65-6).

17 Son arreglos organizacionales basados más en “outputs” que en “inputs”. La organización sobre la base de “outputs” genera una estructura de línea de servicio que consiste en personas de diferentes disciplinas y profesiones que tienen un propósito común de producir un conjunto amplio de servicios clínicos (Charn M, Tewksbury L. Collaborative management in health care: implementing the integrative organization. San Francisco: Jossey-Bass; 1993).



promover una cultura de sistema enfatizando los vínculos más allá de los límites burocráticos. Por otra parte, estos sistemas buscan centralizar las funciones de apoyo clínico (ejemplo laboratorio y radiología) y de provisión de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global del RISS e implementan mecanismos de gestión y procesos de evaluación de tecnologías para guiar las decisiones de incorporación de tecnologías.

RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS CON EL SISTEMA

Los recursos humanos son el capital más importante que posee un RISS, su presencia en número y competencias adecuadas se traducen directamente en la disponibilidad de los cuidados y servicios apropiados para las necesidades de la población. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud (que profesionales forman parte de ese equipo) con relación a la cobertura geográfica asignada, es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano en el sistema de salud. Desde el punto de vista de manejo de personal, los RISS examinan el rol del personal de la salud desde la perspectiva de la salud colectiva y la respuesta clínica así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Los RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintos a los sistemas tradicionales. Se requieren de nuevos puestos (p. Ej. directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (p. Ej. abordaje sistémico, negociación, manejo de conflicto, gestión del cambio, métodos de mejoramiento continuo de la calidad, formación de equipos, gestión de redes). Estos cambios requieren de la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para manejar la transición desde la situación actual hasta la situación deseada y de procesos sistemáticos de educación permanente en el trabajo para ajustar competencias de los equipos de trabajo. En un RISS, la importante mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multi-funcionales y/o multi-disciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un personal específico (trabajador multi-propósito). La distribución de tareas tomando como base al equipo de salud y no solamente al médico es uno de los aspectos que definen al nuevo modelo organizativo de los RISS. Las enfermeras y otro tipo de personal de salud tienen que estar en una posición donde sienten que su conocimiento, habilidades y expectativas son valorados por el sistema y asumen posiciones gerenciales de influencia para el sistema (82). La *cultura* es otro de los factores básicos que influyen en la coordinación al interior de la organización. La cultura contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados.

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO Y QUE VINCULA A TODOS LOS MIEMBROS DEL RISS

El sistema de información de un RISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros del sistema. Todas las unidades operativas afiliadas al sistema deben estar vinculadas con el sistema de información, aún cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema. El sistema de información debe ser consistente con la misión y el plan estratégico del RISS y proporcionar información sobre: i) la situación de salud de la población servida (incluida información sobre los determinantes sociales de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; ii) información operacional sobre la trayectoria del paciente independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); iii) información clínica; iv) información sobre satisfacción de los usuarios con los servicios; y v) información económica (facturación, afiliación, costos, etc.). Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son los siguientes (83):

- *Sistema de integración de aplicaciones* que vincula diferentes sistemas al interior y a lo largo de todo el RISS. El sistema operativo, las aplicaciones, software, y los datos son almacenados en varios servidores pero son accesibles por toda la red.
- *Identificador común y único de pacientes*. A cada paciente se le asigna un código de acceso único. La información clínica, administrativa y financiera de múltiples fuentes es ingresada dentro de un único sistema mediante el uso de un código único.
- *Definición común de términos*. Es importante tener acuerdos sobre un lenguaje común y definiciones de estándares, los cuales deben actualizarse constantemente.
- *Repositorio de datos accesible para todos los miembros del sistema*. Se debe tener eso sí cuidado con la confidencialidad de la información.



FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DEL SISTEMA

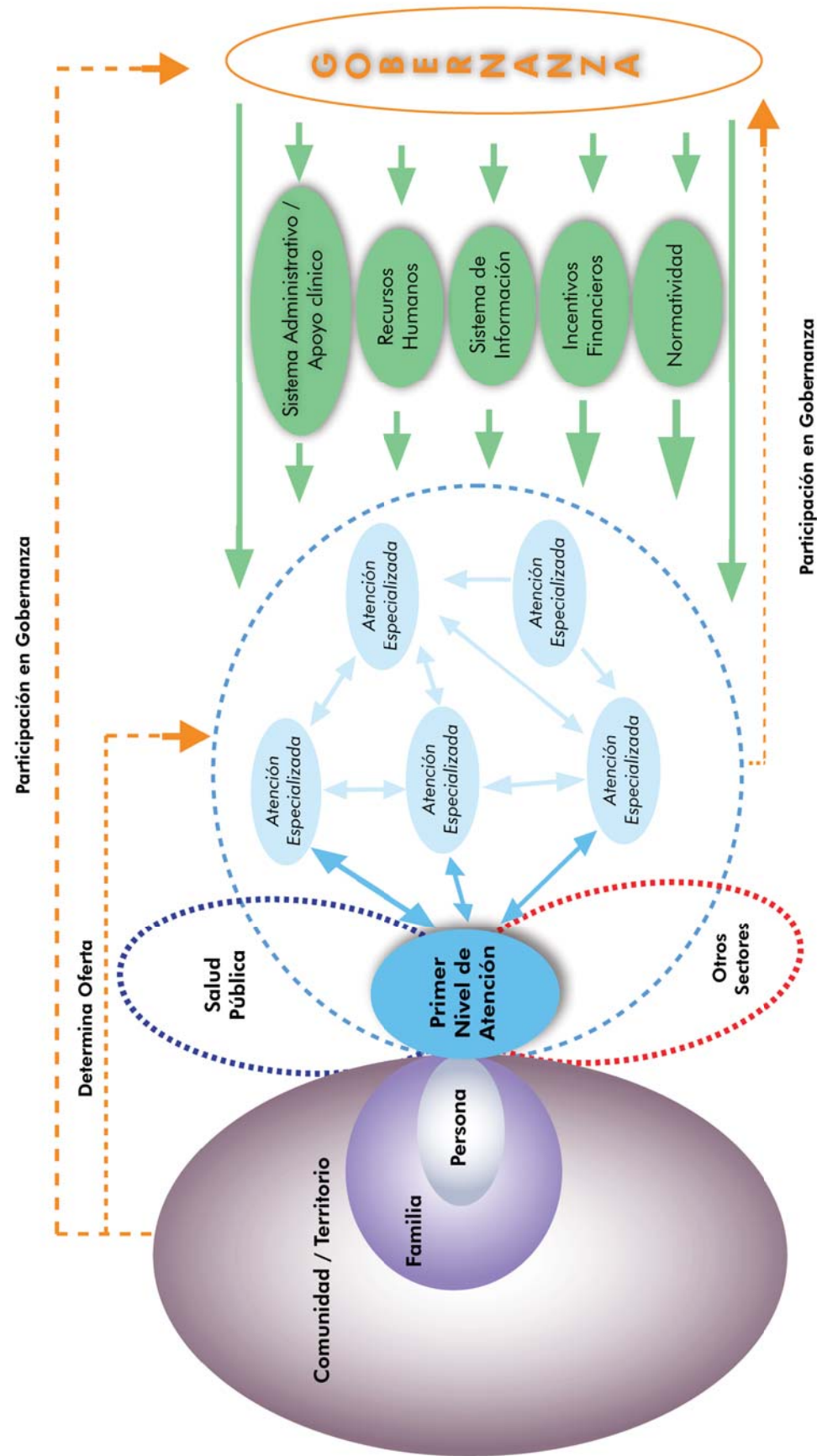
El RISS implementa un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover: i) la integración del sistema como un todo más que el desempeño individual de las unidades operativas; ii) el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial; y iii) la preservación de la salud de las personas. Para ello, el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada unidad - hospitales, equipos del 1er nivel de atención, etc.- tanto de los costos directos, como de los que induce sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global del sistema. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada nivel asistencial (p. Ej. pago por acto, pago por actividad o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales (84). En respuesta a lo anterior, la financiación capitativa para todo el sistema se ha ido introduciendo recientemente como instrumento para fomentar la cooperación entre los proveedores. El pago-per-cápita incentiva a la red de proveedores a encontrar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red e intenten tratar el problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial. De este modo, el hospital por ejemplo pasa de ser un centro generador de ingresos a un centro de costos, al igual que el resto de la red de servicios. Un estudio de Shortell et al. (1994) sugiere que el mayor potencial de ahorro de costos bajo el sistema caputivo se da en el área de cuidados hospitalarios y en el área de cuidados de especialistas (35% y 16% de reducción de costos, respectivamente) (85).

ACCIÓN INTERSECTORIAL AMPLIA

Los RISS desarrollan vínculos con otros sectores de modo de abordar los determinantes más “distales” que condicionan el estado de la salud de la población. La acción intersectorial puede incluir colaboración con el sector público, con el sector privado o con la sociedad civil. Ella puede incluir colaboración con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento, protección social, entre otros. Existen varios niveles de integración dentro de las acciones intersectoriales, las que van desde el simple intercambio de información y evitar programaciones que entran en conflicto con otros sectores, pasando por la coordinación, hasta finalmente la integración de políticas públicas para lograr mayores niveles de armonización y sinergias entre los distintos sectores de la economía. Para ser exitosos estos niveles de coordinación intersectorial requieren de niveles crecientes de competencias técnicas, habilidades gerenciales y valores compartidos entre los sectores que se están integrando. La coordinación con otros servicios se puede dar mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes y grupos de trabajo intersectoriales.

A continuación se presenta una figura esquemática que intenta graficar las relaciones existentes entre los atributos esenciales de los RISS mencionados anteriormente.

Figura N. 3. Representación gráfica de los atributos esenciales de los RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

A continuación se presenta el caso de la Red Integrada de Badalona Serveis Assistencials S.A., Cataluña, España, el cual sirve de caso para demostrar la puesta en acción de varios de los atributos de las RISS señalados anteriormente (Ver Caja N. 4).

Caja N. 4. Caso de Red Integrada Badalona Serveis Assistencials S.A., Cataluña, España.

Badalona Serveis Assistencials (BSA) es en la actualidad una sociedad anónima, de titularidad enteramente municipal, que nace a principios de los años 90 con la fusión de una entidad gestora hospitalaria (Hospital Municipal de Badalona S.A.), una gestora de centros del primer nivel de atención (Badalona Gestió Assistencial SL) y un centro socio-sanitario municipal (Centre El Carme S.A.). Tras su refundación jurídica en el año 2.005 da lugar a una de las experiencias más exitosas dentro del grupo de redes integradas de Cataluña asociadas al Consorcio Hospitalario de Cataluña. Los diversos centros gestionados del primer nivel de atención se han incorporado a la organización entre 1994 y 2003, de forma que su crecimiento progresivo se ha acompañado de mayores oportunidades en la integración de servicios. BSA tiene un órgano de gobierno único de representación municipal para toda la red, que ejerce su función de control a través de la aprobación del plan estratégico, seguimiento de cuenta de explotación, aprobación del modelo organizativo y mantenimiento del compromiso social de la institución. Tiene contratada la gestión de la entidad al grupo "CHC-Consultoria i Gestió" a través de un contrato de gestión, de quien depende la figura de la dirección general de la entidad.

BSA ofrece cobertura sanitaria a 230.000 habitantes de la comarca del Barcelonés Norte, entorno urbano próximo a Barcelona, a través de 1 hospital de agudos de 121 camas, 7 áreas básicas de salud (donde prestan primer nivel de atención a través de 8 centros), un centro socio-sanitario de 210 camas y un servicio integral de atención domiciliaria. La asignación poblacional es geográfica (en Cataluña el comprador público –CatSalut- financia el acceso universal a toda la población catalana). En el mismo territorio reciben apoyo de un hospital de alta complejidad de 640 camas (de referencia para todo el territorio norte de la provincia de Barcelona -800.000 personas-) y otros 4 centros del primer nivel de atención, gestionados todos ellos por otra entidad pública (Instituto Catalán de la Salud).

La organización BSA se dota de un plan estratégico, aprobado en 2.008 en su tercera edición cuatrienal, que es resultado de la consolidación del modelo de red integrada. Tiene un alto contenido de compromiso social, a través de un código ético y una política explícita de responsabilidad social corporativa. Se compone de 5 líneas estratégicas: Compromiso con los usuarios; Organización atractiva para los profesionales; Adecuación a los nuevos retos del sector; Uso eficiente del modelo de organización integral; e Implicación con el entorno. Los planes de actuación procedentes de cada línea estratégica se traducen a cada unidad o servicio a través de los Contratos de Gestión, que reúnen los objetivos alineados con el Plan Estratégico y con el Plan de Calidad de la entidad. Los profesionales de cada unidad o servicio disponen individualmente de un sistema de Dirección por Objetivos, cuya evaluación determina la recompensa de incentivos variables.

Su organización asistencial se basa en una red de servicios que ofrece atención coordinada a través de un continuo de prestaciones llevadas a cabo por unas 1.200 personas empleadas. La definimos como una red con integración real y con producción total -abarca primer nivel de atención (AP), especializada (AE), socio-sanitaria (ASS) y domiciliaria (AD) asistencial y social- en la que se establece un modelo de co-provisión (responsabilidad mutua entre profesionales de diferentes niveles). El organigrama, inicialmente diseñado por centros, se transformó en 2004 en un organigrama funcional integrado, único, dirigido por la gerencia y con todas las direcciones coordinadas por la figura del adjunto a gerencia. El ámbito asistencial tiene dos direcciones: Una dirección médica del área clínica para todos los servicios del hospital, primer nivel de atención, unidades de soporte asistencial y salud pública; y una dirección médica socio-sanitaria y de dependencia. La dirección de enfermería es común para toda la organización. Todas las direcciones de apoyo a la gestión son comunes para todos los centros.



BSA emplea diversos instrumentos y estrategias de coordinación. Utiliza la normalización de procesos a través de guías de práctica clínica comunes; tiene establecidos los criterios y circuitos de referencia y contrarreferencia entre todos sus niveles y para todas las especialidades; realiza sesiones compartidas entre AP y AE; y realizan visitas de AE en los centros de AP. También tienen mecanismos de adaptación mutua a través del correo electrónico (con identificación personal para todos los profesionales) y la figura del directivo integrador (adjunto a la gerencia). Pero, sin duda, el mayor facilitador de continuidad de la organización es su sistema de información vertical. BSA tiene una intranet con 10 años de experiencia, que resuelve la agregación de datos clínicos y administrativos a través de una historia clínica compartida, que reúne la historia clínica electrónica de AP, de AE y de ASS y atención domiciliaria, accesible desde todos los puntos de la red así como desde el domicilio de los pacientes atendidos, y que comparten el servicio de radiodiagnóstico por imagen digital y el laboratorio. La intranet corporativa es además un instrumento de ayuda a la toma de decisiones (disponibilidad de protocolos y guías clínicas), a la gestión del conocimiento (conocimiento compartido) y a la traducción de los objetivos estratégicos en flujo adecuado de pacientes (visión de los circuitos de derivación más próximos al domicilio del paciente).

La disponibilidad de todos los datos clínicos y administrativos en el sistema de información permite la elaboración de cuadros de mando integral, de acceso para todos los profesionales con actualización diaria de los datos. Todos los servicios disponen de información sobre actividad asistencial, consumo de recursos, información económica y de recursos humanos, o información cualitativa (indicadores clínicos de excelencia) a tiempo real.

BSA ha incorporado en la organización una oficina de innovación, desde donde han surgido algunas estrategias de gestión para procesos asistenciales. Son ejemplo de ello programas de gestión de enfermedades como el equipo para el deterioro cognitivo y las demencias, o programas de gestión de casos como la unidad de curas paliativas, el servicio integral de atención domiciliaria (que cubre necesidades asistenciales y sociales) o la unidad de acceso al ciudadano.

Fuente: Cunillera R. Caso de Red Integrada, Badalona Serveis Assistencials S.A. (BSA), Badalona. Cataluña. España. Barcelona, 20 de octubre de 2008.

El monitoreo y evaluación de las RISS

La medición del desempeño ofrece a los formuladores de política una gran oportunidad para asegurar mejorías en los sistemas de salud y en su rendición de cuentas. El rol del monitoreo y la evaluación es mejorar la calidad de las decisiones hechas por todos los actores dentro del sistema de salud incluyendo pacientes, prestadores, gestores, el gobierno en todos sus niveles, aseguradoras y otros pagadores, políticos, y ciudadanos (86). El monitoreo y la evaluación del desempeño de las RISS presenta grandes desafíos técnicos tales como la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico, y falta de disponibilidad y comparabilidad de datos. En la actualidad, la OPS/OMS no dispone de metodologías para la evaluación de las RISS y se propone desarrollarlas como parte de la iniciativa sobre RISS. No obstante lo anterior, la OPS/OMS considera que el monitoreo y evaluación de las RISS debiera incluir mediciones que aborden como mínimo los aspectos de recursos/insumos, procesos y resultados en salud. Igualmente, el desarrollo de las metodologías debiera construirse sobre la base de los desarrollos ya existentes en la materia.

Independiente de las dificultades metodológicas para medir integración, vale la pena enfatizar que el hecho de llevar a cabo un proceso de medición de desempeño y recolección de datos es un proceso de aprendizaje importante en sí mismo tanto para los gestores como para las unidades operativas que conforman la red. El proceso de medición del desempeño puede llevar entre otras cosas a repensar las relaciones entre las partes, a crear sinergias entre las partes, y a descubrir las brechas de información que tiene el sistema.



Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados

La integración de los servicios de salud debe ser vista como un proceso evolutivo y continuo en el tiempo. Cada realidad de servicios de salud presenta sus propios problemas de integración a la luz de los atributos planteados anteriormente. Del mismo modo, y como fue discutido previamente en el Capítulo 1, las causales de la fragmentación de los servicios de salud son múltiples y varían de una realidad a otra.

A continuación se presenta una propuesta de progresión en el tiempo, desde una situación hipotética de absoluta fragmentación de los servicios, hasta una situación hipotética de absoluta integración, basada en los atributos señalados anteriormente (Ver Tabla N.8). Como se podrá apreciar, en la realidad ningún sistema corresponde totalmente a un tipo particular de sistema (I, II o III). Lo más probable es que el sistema de salud de cada país se pueda ubicar en distintos niveles de integración de acuerdo a los avances de cada atributo en particular, existiendo la posibilidad de que en un mismo sistema coexistan distintos atributos en distintos niveles de progresión (p. Ej. nivel I en el atributo sobre vínculos con otros sectores, nivel II en el atributo sobre atención especializada, y nivel III en el atributo sobre población asignada). La utilidad de la tabla de progresión es poder identificar, en el contexto del total de atributos de un RISS, cuales son los atributos que requieren de una mayor prioridad de intervención.



Tabla N. 8. Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados

Atributos	Nivel de progresión de los atributos que conforman los Redes Integradas de Servicios de Salud		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente integrado	Sistema integrado
Población/territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definido, pero con escaso conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud.	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema
Oferta de servicios de salud	Muy limitada y restringida al 1er nivel de atención	Amplia oferta de establecimientos y servicios pero bajo diversas dependencias organizacionales que funcionan en forma independiente unas de otras	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, todos bajo un único paraguas organizacional
1er nivel de atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa en teoría como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad resolutoria y de integración de servicios	Actúa de facto como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población
Atención especializada	Acceso des-regulado a especialistas y predominio de atención especializada en ambiente hospitalario	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios
Mecanismos de coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial pero que no cubren todo el espectro de servicios	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
Tipo de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio



Gobernanza del sistema	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras. Las instancias de participación son limitadas	Un sistema de gobernanza único y participativo para todo el RISS.
Gestión del sistema	Gestión administrativa débil	Gestión administrativa integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo clínico	Gestión integrada de sistemas administrativos y de apoyo clínico
Recursos humanos	Insuficientes para las necesidades del sistema	Recursos humanos suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con el sistema	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema
Sistema de información	No hay sistema de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del RISS
Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema como un todo
Vínculo con otros sectores	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial amplia, mas allá de los sectores sociales

CAPÍTULO 4: LOS INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA Y LOS MECANISMOS INSTITUCIONALES DISPONIBLES PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud

Los formuladores de política, gestores y prestadores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos y mecanismos que los pueden asistir en la conformación de RISS. La relevancia y la pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerán de cada realidad en particular, tema que será discutido en la siguiente sección de este capítulo. El listado de opciones que se presenta en el Anexo II de este documento ha sido construido sobre la base de la revisión bibliográfica y discusiones del grupo de trabajo en RISS. El objetivo de este documento no es desarrollar cada instrumento o mecanismo de integración en forma particular, sino más bien hacer disponible un universo amplio de posibilidades de modo de ayudar en la identificación de opciones, las cuales tendrán que desarrollarse posteriormente en forma específica.

La disponibilidad de resultados de investigación, relatos de experiencias y lecciones aprendidas, y conocimiento científico sistematizado que respalda las opciones planteadas es muy variable. En algunos casos la evidencia empírica es muy fuerte, en otros es débil, y en otros es inexistente. En todo caso, la lista propuesta señala los mecanismos identificados en la revisión bibliográfica realizada en apoyo al presente documento. Su inclusión en la lista debe ser vista en términos de posibilidades, y no necesariamente en términos de recomendaciones basadas en la evidencia.

No obstante lo anterior, la revisión bibliográfica señala una fuerte efectividad de los siguientes instrumentos/mecanismos (87) (88):

- la identificación de los miembros del sistema con la misión y los valores de la organización;
- un proceso de planificación estratégica que promueve la contribución de los todos componentes del sistema;
- políticas y prácticas de presupuesto que promueven la coordinación a través de las líneas de servicio;
- procesos de garantía/mejoramiento continuo de la calidad que son compartidos a través de las unidades operativas;
- la integración del personal de salud con el sistema;
- la gestión de casos y la gestión de la enfermedad;
- la integración electrónica de la información clínica; y
- el sistema de pago per-cápita para la totalidad del RISS.

Para propósitos de este documento, hemos agrupado los instrumentos y mecanismos referidos anteriormente en dos grupos principales: uno sobre instrumentos de política, y otro sobre mecanismos institucionales. El primer grupo está orientado a formuladores de política, ya sean estos del nivel nacional, regional o sub-regional (dependiendo del grado de descentralización del



sistema). El segundo grupo está orientado a gestores y prestadores de servicios de salud. La agrupación anterior es artificial y tiene como único propósito facilitar la presentación de las opciones en el texto. En la realidad, la división entre formuladores de política y gestores/prestadores de servicios no es marcada, particularmente en situaciones donde no hay separación de funciones al interior del sistema. Esto significa que las opciones de instrumentos de política y los mecanismos institucionales pueden ser utilizados en forma conjunta por diversos actores institucionales tanto públicos como privados.

INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA

Los instrumentos de política son los medios por los cuales los objetivos de política pública son alcanzados (89). El instrumento de política pública más frecuentemente usado por los gobiernos es el jurídico. Sin embargo, desde el punto de vista del impacto de las políticas públicas, es importante complementar los instrumentos jurídicos con otro tipo de instrumentos (90). Los instrumentos de política pública disponibles son los siguientes:

1. *Jurídicos*, es decir el empleo de requerimientos/mandatos legales que toman la forma de ley (poder legislativo), decreto (poder ejecutivo), u orden judicial (poder judicial).
2. *Provisión directa de servicios*, es decir la prestación directa a través de servicios del Estado, o intervención en otros procesos institucionales de forma variada de modo de obtener resultados.
3. *Desarrollo de capacidades de otros*, es decir la transferencia de recursos financieros, informativos y organizacionales a terceras partes de modo de construir sus capacidades para alcanzar objetivos que son de interés tanto de las partes involucradas como de los hacedores de política. La acción está dirigida a facilitar el desarrollo de normas y procesos en sociedad con otros actores sociales.
4. *Impuestos y tarifas*, que consiste en aumentar el costo de ciertas conductas. El foco es el cambio de conducta y la alteración del proceso de “mercado” para el cálculo de costos y beneficios.
5. *Gasto y subsidios*, es decir el uso de dinero en la forma de donación, subsidio, transferencia y/o “voucher” que disminuye el costo de alguna conducta o resultado deseado. El foco también es el cambio de conducta y la alteración del proceso de “mercado” para el cálculo de costos y beneficios.
6. *Información y exhortación*, que consiste en el uso de la información para cambiar conductas y/o visiones normativas. El instrumento asume que las personas tienen incentivos para cambiar sus conductas basados en la información. A diferencia del instrumento jurídico, el uso de la información se basa en una respuesta voluntaria.

Para propósitos de presentar las opciones de instrumentos de política pública, éstas se han agrupado en dos sub-grupos: instrumentos jurídicos e instrumentos no-jurídicos. Los instrumentos no-jurídicos incluyen todas las opciones anteriores que no corresponden a la categoría jurídica.

MECANISMOS INSTITUCIONALES

Los mecanismos institucionales son aquellos que se pueden aplicar a nivel de las instituciones gestoras y/o prestadoras de servicios de salud. Para propósitos de este documento, los mecanismos institucionales se han agrupado en dos sub-grupos:

1. *Vías clínicas*, es decir mecanismos que se relacionan más directamente con el proceso asistencial propiamente tal.
2. *Vías no-clínicas*, es decir mecanismos que se relacionan más directamente con los modelos de organización y gestión del sistema, en apoyo al proceso asistencial.

Como en casos anteriores, la separación entre vías clínicas y vías no-clínicas es artificial y se ha hecho con el único propósito de facilitar la presentación de las opciones en el texto.

A continuación se presenta el caso del Sistema Integrado de Salud del Municipio de Curitiba, Brasil, el cual sirve de caso para demostrar algunos de los instrumentos de política y mecanismos institucionales señalados en el Anexo II (Ver Caja N. 5).



Caja N. 5. La Red Integrada de Servicios de Salud del Municipio de Curitiba, Brasil

La incoherencia entre la situación epidemiológica vigente en la ciudad y el modelo de atención a la salud del Sistema Único de Salud (SUS) generó, en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, una solución expresa de implementar un Sistema Integrado de Servicios de Salud. Esta propuesta fue presentada, discutida y aprobada en la VI Conferencia Municipal de Salud de 2001 y tuvo su inicio de implementación el año 2002.

Curitiba es la capital del Estado de Paraná, localizada en la región sur de Brasil. La ciudad tiene 1.8 millones de habitantes. Su tasa de crecimiento anual es de 2.1%. La infraestructura en salud incluye: 96 unidades básicas de salud, de las cuales 48 son operadas por equipos de salud familiar; 1.140 agentes comunitarios de salud (ACS) y 2.947 profesionales vinculadas a las unidades básicas de atención; 8 centros municipales de urgencias médicas; 8 unidades ambulatorias de especialidades; 1 laboratorio de análisis de laboratorio; y 24 hospitales contratados.

El desarrollo del Sistema Integrado de Servicios de Salud incluyó los siguientes componentes:

La construcción de una base territorial para la red de atención de salud. Los territorios definidos son: el domicilio, que corresponde a la unidad residencial de cada familia; la micro-área, espacio de actuación del ACS, que cubre 100 familias en promedio; el área de responsabilidad, es decir el espacio de responsabilidad de cada unidad básica de salud y donde debe darse la autosuficiencia del primer nivel de atención; el distrito sanitario, espacio de más o menos 200 a 300 mil personas, donde se debe ofertar la atención secundaria; y el municipio, donde debe darse la autosuficiencia de la atención terciaria. El municipio está dividido en 9 distritos sanitarios, en cada uno de ellos existe una autoridad distrital que articula las unidades del primer nivel de atención de su territorio.

El fortalecimiento del primer nivel de atención. En 1995 se dio un salto de calidad cuando comenzó a implementarse el Programa de Salud de Familia (PSF), con base a los siguientes principios: una visión ampliada de la comunidad; atención integral, continua y humanizada; intersectorialidad; la familia como núcleo básico de abordaje de la atención a la población; y la competencia clínica. Con el apoyo de la Universidad de Toronto fueron incorporados, en la práctica del PSF, instrumentos de abordaje familiar como el genograma y el ciclo de vida. En el año 2000, el distrito sanitario de “Bairro Novo” se transformó en el primer distrito sanitario de salud de familia articulado en red que incluía los equipos de PSF, la unidad de urgencia ambulatorial de 24 horas, el centro de especialidades médicas ambulatorial y el hospital de atención materno-infantil.

La integración horizontal de los sistemas de apoyo clínico. Previo a la reforma, el sistema de apoyo diagnóstico era atomizado, haciéndose en diferentes unidades de procesamiento. En 1992 se creó el Centro de Apoyo Diagnóstico (CAD). Varios laboratorios de patología clínica fueron substituidos por un única central de procesamiento, lo que permitió aumentar la escala de exámenes, automatizar los procedimientos, operarlos online e implementar sistemas de control de calidad internos y externos. Otro arreglo importante fue descentralizar la recolección de los exámenes para todas las unidades de salud del sistema municipal, y se introdujo un sistema logístico de recolección de las muestras.

La reingeniería de los puntos de atención a la salud. La Secretaría Municipal viene promoviendo un movimiento que busca dar la atención apropiada en el lugar apropiado. Para ello, ella ha estimulado los procedimientos de atención domiciliaria, las unidades de atención de urgencia de 24 horas y las unidades ambulatorias de especialidad.

La integración vertical de los sitios de atención y de los sistemas de apoyo. La Secretaría Municipal ha implementado el “carta de calidad-salud”, la historia clínica única electrónica, la central única de marcación de consultas especializadas y la central metropolitana de camas hospitalarias.

El fortalecimiento de la gobernanza de la red de atención de la salud. La gobernanza de la red de atención a la salud es ejercida por la Secretaría Municipal de la Salud, la cual ha venido fortaleciendo sus capacidades institucionales para la gestión del sistema municipal de salud. El año 1998, la Secretaría se adhirió a la “gestión plena” del sistema municipal. Este nivel de gestión obligó al refinamiento de los mecanismos de control, evaluación y auditoría tanto de los prestadores propios como de los contratos con los prestadores privados. Otro elemento clave de la gobernanza es la participación social a través de los “Consejos de Salud” y de las “Conferencias Municipales de Salud”. Por otra parte, se ha venido desarrollando mecanismos para escuchar y empoderar a los usuarios de los servicios de salud. En el año 1993, se constituyó la Central de Atención al Usuario con la finalidad de canalizar los reclamos y denuncias, otorgar información/orientaciones y recibir sugerencias para mejorar los servicios. El año 2004 fue introducida una encuesta regular sobre satisfacción de los usuarios, por vía telefónica, y que se realiza dos veces por año. El resultado de esta encuesta forma parte de la evaluación de los prestadores con vistas al pago del incentivo por desempeño.

Fuente: Vilaça Mendes E. Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde do Brasil: estudo de caso apresentado à OPS. Junho de 2007.

La pertinencia de los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles con base a las diferentes realidades de los sistemas de salud de la Región

Aun cuando el desafío de la fragmentación de los servicios de salud es común para la mayoría de los países de la región, su orden de magnitud y sus causas primarias son distintas dependiendo de cada situación en particular. Del mismo modo, las opciones de política y las estrategias para superarla dependerán a su vez de la factibilidad técnica y viabilidad política, económica y social de cada contexto. Cada país/realidad local deberá desarrollar su propia estrategia para la implantación de RISS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas, y desarrollo histórico de los servicios. Se espera entonces que el marco de atributos esenciales de los RISS y las opciones de instrumentos de política y de mecanismos institucionales propuestos ayuden a este proceso. No obstante lo anterior, al hacer un análisis de la situación regional es posible identificar algunas “situaciones tipo” que requerirán, de una forma u otra, ciertos tipos de prioridades en términos de los atributos a desarrollar, como también del tipo de instrumento o mecanismo a utilizar. A continuación se presentan algunas de estas situaciones.

SISTEMAS DE SALUD ALTAMENTE SEGMENTADOS

Estos sistemas se caracterizan por serios problemas de duplicación de servicios y recursos entre los sub-sistemas que los componen, al igual que elevados niveles de inequidad en el acceso a servicios entre ellos. Los problemas se pueden dar por ejemplo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, o entre el sub-sector público (Ministerio de Salud y Seguridad Social) y el sector privado, o entre distintos esquemas de financiamiento/aseguramiento al interior del sector público, incluidas empresas públicas, fuerzas armadas, estamentos profesionales, etc. En este tipo de sistemas, las ineficiencias de la excesiva segmentación del financiamiento/aseguramiento de la salud pueden ser parcialmente compensadas por distintos esquemas de “integración” a nivel de la prestación de los servicios, los cuales pueden contribuir a disminuir los niveles de duplicación de servicios e infraestructura entre sub-sistemas, particularmente en zonas urbanas. Además, esquemas de este tipo podrían ser los primeros pasos de un proceso que finalmente pudiera llevar también a la integración del financiamiento/aseguramiento de la salud, eliminando gradualmente la segmentación del sistema. En el caso que hubiera la decisión política de avanzar en la integración virtual de los servicios (sin cambios en la propiedad de los activos), estos sistemas deben concentrarse en desarrollar sistemas de gobernanza, gestión, información y coordinación asistencial compartida entre los sub-sistemas. A nivel corporativo, los distintos sub-sistemas pueden establecer relaciones virtuales a través de alianzas estratégicas, acuerdos u/o contratos entre las partes. A nivel operativo, los esquemas de integración entre distintos sub-sistemas públicos pueden construirse fundamentalmente sobre la base del desarrollo de mecanismos institucionales, tanto clínicos como no clínicos. En el caso de la integración entre los sub-sistemas público y privado, la herramienta de elección será el uso de contratos entre las partes.



SISTEMAS SIN COBERTURA UNIVERSAL

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de acceso a los servicios, bienes y oportunidades de salud por segmento o grupo de la población beneficiaria y el predominio de programas verticales en la prestación de los servicios de salud. En este tipo de sistemas la prioridad de integración es definir la población/territorio a cargo, conocer sus necesidades y preferencias en salud y desarrollar un 1er nivel de atención que preste servicios integrales a toda la población. También se deben desarrollar mecanismos de derivación a la atención de especialidad en los casos que corresponda. En términos de los instrumentos de política pública a utilizar, se pueden emplear una combinación de instrumentos jurídicos y no-jurídicos para garantizar acceso a los servicios de salud a toda la población. En los casos donde no existan prestadores privados, el estado debe garantizar la cobertura de toda la población a través de la prestación directa de servicios. En los casos donde existan prestadores privados (con o sin fines de lucro), se pueden explorar posibilidades de compra de servicios al sector privado. En este tipo de situaciones, probablemente se requerirán modelos de atención de tipo intercultural, apoyados por agentes comunitarios de salud, de modo de adecuar los servicios a las preferencias culturales de la población servida.

SISTEMAS CON DESCENTRALIZACIÓN QUE FRAGMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de coordinación asistencial entre niveles asistenciales con distinta dependencia administrativa, y la falta de economías de escala para la prestación de servicios especializados en el caso de descentralizaciones con bajos volúmenes de población beneficiaria. En estos sistemas la prioridad fundamental es mejorar los mecanismos de coordinación asistencial entre los niveles de atención. Como este tipo de situación se da normalmente entre sistemas que se encuentran en la esfera de lo público, los sistemas deberán privilegiar mecanismos de tipo institucional para coordinar el continuo asistencial, haciendo uso de las vías clínicas y no-clínicas. En el caso de la falta de economías de escala, los distintos entes administrativos locales (municipios, distritos, jurisdicciones) pueden asociarse mediante esquemas de integración virtual (alianzas, consorcios, acuerdos y/o contratos) para mejorar economías de escala, particularmente para optimizar los sistemas de apoyo clínico tales como provisión de medicamentos, insumos y equipamiento médico, entre otros.

SISTEMAS CON SEPARACIÓN DE FUNCIONES Y GRAN DIVERSIDAD DE PRESTADORES DE SERVICIOS

En este tipo de sistemas, el problema fundamental de integración es la duplicación de servicios y recursos a nivel de los prestadores. En este caso, el ente asegurador/financiador de la salud dispone de múltiples opciones de prestadores de servicios, incluidos prestadores propios que cuentan con mayores niveles de autonomía administrativa, y los prestadores compiten unos con otros por la prestación de servicios y el acceso a financiamiento. El ente comprador de servicios debe evaluar los pro y contra de comprar servicios a terceros o desarrollar una infraestructura propia para la prestación de servicios. En estos sistemas, el atributo a desarrollar es la capacidad de gestión integrada del sistema, y particularmente la función de compra del sistema. Por otro lado, los prestadores deberían tender a la consolidación y fusión de sus estructuras, sobre todo si los compradores de servicios modifican el mecanismo de pago desde un sistema de pago por servicio a un sistema de pago capitativo. En consecuencia, los instrumentos de política preferidos para promover la integración de servicios son los basados en los incentivos financieros.



CAPÍTULO 5: LA “HOJA DE RUTA” PARA AVANZAR EN EL DESARROLLO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Las lecciones aprendidas

La implementación pasada de redes/sistemas integrados ha dejado valiosas lecciones que nos ayudan a formular una estrategia exitosa de implementación. Entre las lecciones aprendidas más importantes podemos destacar (91) (92) (93) (94):

1. Los procesos de integración son difíciles, complejos y de largo plazo. La integración debe pensarse en términos de una evolución en el tiempo;
2. Los procesos de integración requieren cambios sistémicos amplios, no basta con intervenciones aisladas y puntuales;
3. Existen más ejemplos de políticas a favor de la integración de los servicios que ejemplos de implementación real. La gestión del cambio requerirá de acciones a varios niveles, incluyendo el compromiso del personal de salud, los gestores y los formuladores de política;
4. La integración de los servicios no significa necesariamente que todo deba ser integrado en un solo esquema. En la realidad, existen múltiples formas y niveles de integración que se pueden dar al interior del sistema;
5. Diversos estudios sugieren que la integración del personal de salud con el sistema, la integración de los sistemas de información, y la integración clínica son las que se perciben por los gerentes y prestadores como los más difíciles de lograr;
6. Las estructuras clínica, gerencial y de gobernanza del sistema deben estar alineadas y apoyarse mutuamente;
7. El alineamiento de los incentivos financieros es fundamental. En la medida que los mecanismos de pago/compensación entre el hospital y el 1er nivel de atención sean diferenciados, surgirán problemas y tensiones y los incentivos para la integración se verán debilitados; y
8. La integración no es una cura para la falta de recursos.

Por otro lado, la revisión bibliográfica realizada permite identificar una serie de barreras y factores facilitadores para la integración, los cuales se resumen en la siguiente tabla (95) (96) (97) (98):



Tabla N. 9. Barreras y facilitadores de la conformación de RISS

Barreras para las RISS	Facilitadores para las RISS
1. La predominancia del modelo centrado en el cuidado agudo e intra-hospitalario 2. Incentivos financieros no alineados 3. Sistemas con prestadores de servicios demasiado distanciados geográficamente, o que se superponen sobre territorios político-administrativos distintos 4. Brechas en la cadena de información, incluidas información clínica, administrativa y financiera. 5. Roles y responsabilidades entre gestores del sistema y las unidades operativas que no son claramente comprendidas o delimitadas. 6. Falta de personal entrenado en las nuevas competencias del sistema. 7. Resistencia a ceder autonomía y control	1. Compromiso político con la formación y desarrollo de los RISS 2. Claridad de propósito y visión 3. Participación del personal de salud en roles claves de liderazgo 4. Alineamiento de los incentivos financieros y estímulos que reconozcan desempeño del sistema como un todo 5. Foco en la persona/usuario del sistema 6. Sistemas de información y tecnologías que apoyen las metas y operación del sistema. 7. Énfasis permanente en el mejoramiento de la calidad

Como se señaló previamente, el desarrollo de RISS no es fácil debido a que la mayoría de los sistemas no pueden dismantlar totalmente sus estructuras existentes y reemplazarlas de forma inmediata con nuevas estructuras compatibles con el nuevo esquema. Por lo tanto, los esfuerzos de reestructuración deben comenzar desde las estructuras existentes (99). Las estructuras organizacionales existentes tienden a crear o perpetuar barreras al desarrollo de los RISS. Muchos actores buscan aferrarse a las estructuras antiguas de gestión y gobernanza, enraizadas en la autonomía institucional, la cual enfatiza la gestión de departamentos individuales, la protección de territorios y el llenado de camas hospitalarias. Muchos miembros del sistema pueden percibir los esfuerzos de integración como esquemas corporativos para usurpar el poder de las unidades operativas más que como una forma de mejorar el cuidado de las personas y/o la comunidad. La implementación de los RISS generará resistencias al cambio, las cuales pueden ser de orden individual o de orden organizacional. A nivel individual, las resistencias se producen por cambios en los hábitos de trabajo, en la seguridad del trabajo, en factores económicos (cambios en el nivel de ingreso), o simplemente por miedo a lo desconocido. A nivel organizacional, las resistencias se producen por inercia estructural, por amenaza a la experticia, por amenaza a las relaciones de poder, o por amenaza a las asignaciones de los recursos.

No obstante la gran variación de los contenidos a implementar, y con base en las lecciones aprendidas en el pasado, se pueden recomendar algunas estrategias/orientaciones generales para facilitar la implementación de los RISS:

DESARROLLAR UN PLAN ESTRATÉGICO PARA EL RISS

Tradicionalmente, las decisiones concernientes al desarrollo, adquisición y fusión de unidades operativas, servicios y otros componentes se han hecho sobre la base de esfuerzos puntuales y sin los necesarios vínculos con las estrategias/planes nacionales de salud. La falta de una estrategia apropiada ha producido situaciones que ya sea no tienen los componentes necesarios para el sistema, o tienen componentes contradictorios con los atributos del RISS. El plan debe detallar los vínculos con la estrategia nacional de salud, las prioridades de la red, la asignación de los recursos, el plan operativo correspondiente, y los responsables de su cumplimiento. Debido a que el foco principal del sistema es la integración del cuidado a las personas, el plan debe incorporar objetivos explícitos de integración clínica. El desarrollo del plan debe ser incremental y priorizar algunas áreas clave, las cuales



deben concentrar los esfuerzos iniciales. La concentración de esfuerzos permite experimentar y aprender de los errores sin afectar a la totalidad del sistema.

COMUNICAR EL COMPROMISO DEL LIDERAZGO

Los conceptos de RISS y de integración son poco conocidos para muchas de las personas que trabajan en los servicios de salud. El rol del liderazgo es entonces vital para hacer estos conceptos más entendibles y más aceptables para el personal de la salud. El liderazgo necesita comunicar la visión, la misión y la estrategia de integración a lo largo de toda la organización.

GANAR LA ACEPTACIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS

La aceptación de las unidades operativas puede ser conseguida a través de: i) comunicar claramente el rol estratégico de cada unidad operativa al interior del sistema; ii) desarrollar el plan estratégico del sistema en forma conjunta con las unidades operativas; iii) asignar a los gerentes responsabilidades gerenciales que cruzan todas las unidades operativas del sistema; iv) fomentar la participación del personal de salud en instancias de gobernanza y gestión; v) capacitar al personal en las nuevas competencias que requiere el sistema; y vi) manejar efectivamente las comunicaciones internas.

DESARROLLAR UNA “CULTURA” FUERTE DE SISTEMA

El desarrollo de una cultura fuerte de sistema se puede obtener mediante la comunicación de las metas, los valores y la estrategia del sistema; el reconocimiento de los éxitos del sistema como un todo; el desarrollo de equipos multidisciplinarios y personal polivalente; y el alineamiento de incentivos, recompensas y evaluación de desempeño con perspectiva sistémica. Además, se puede promover la formación de “campeones” de la integración, es decir líderes de opinión que apoyan la transformación de la cultura del sistema a lo largo de toda la organización.

EXPLORAR LAS OPCIONES DE INTEGRACIÓN REAL O VIRTUAL

El RISS debe decidir si privilegiará una integración vertical real o una integración vertical virtual. Al respecto, la revisión bibliográfica realizada no ha demostrado evidencia empírica que privilegie una alternativa por sobre la otra (100). La elección de la alternativa dependerá de las particularidades del ambiente externo y de las capacidades internas de las organizaciones comprometidas, es decir, se requiere de un análisis sobre: i) los costos de transacción (costos de información, hacer contratos, supervisar contratos); ii) la facilidad de acceso a la información; y iii) la estabilidad de las relaciones contractuales. No obstante lo anterior, la revisión de la literatura disponible indicó que algunos autores ven en la integración vertical “real” un mayor riesgo de atenuación de los incentivos y de pérdida de la adaptabilidad al cambio. En contraposición, otros autores ven en la integración “virtual” un mayor riesgo de inestabilidad de la red de proveedores, la cual a su vez amenaza la continuidad de la atención asistencial y la libertad de elección.

La “Hoja de Ruta” de Cooperación Técnica de la OPS/OMS para avanzar en el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud

La iniciativa de OPS para el desarrollo de los RISS se enmarca dentro del objetivo estratégico No. 10 del Plan Estratégico de la Organización para el período 2008-2012 (101), el cual busca “mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud” a través del desarrollo de opciones de política y estrategias para integrar las redes/sistemas de servicios de salud. Del mismo modo, la iniciativa de los RISS busca dar cumplimiento a los mandatos regionales contenidos en la Declaración de Montevideo sobre la renovación de la APS; en La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017; y en el Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (señalados anteriormente en el Capítulo 1 de este documento).

Como se ha dicho anteriormente, la gran variedad de contextos externos y realidades internas de los sistemas de prestación de servicios de salud impiden hacer recomendaciones rígidas y demasiado específicas para el desarrollo y/o consolidación de los RISS en la Región. En este sentido, cada país/realidad local deberá desarrollar su propia estrategia para la implantación de



RISS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas, y desarrollo histórico de los servicios. No obstante lo anterior, la iniciativa de desarrollo de los RISS requiere de una “Hoja de Ruta”, que sin desconocer las distintas realidades de los países, permita establecer algunas áreas prioritarias de acción, definir líneas estratégicas de acción, delimitar responsabilidades de los diferentes niveles de la Organización, y tener un cronograma general de implementación.

En términos generales, la primera fase de la iniciativa (2008-2009) correspondería a la fase de identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y a la elaboración de los planes nacionales para el desarrollo y/o consolidación de los RISS. La segunda fase (a partir del 2009) correspondería a la implementación de los planes nacionales; y su continua evaluación. Para lo anterior, la Oficina Regional de la OPS/OMS priorizará a aquellos países que hayan programado el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud dentro de sus respectivos planes de trabajo para el bienio 2008-2009. Hasta finales de abril de 2008, estos países corresponden a: Bolivia, Belice, Chile, Colombia, República Dominicana, México, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela, El Salvador, Ecuador y Guatemala. Además, la OPS trabajará estrechamente con Cuba, Brasil y Costa Rica, países que ya tienen desarrollos importantes en el tema, y que forman parte de la línea de base de la iniciativa para el período 2008-2009.

Las consultas técnicas nacionales y regionales sobre las RISS han colocado como prioridades de cooperación técnica los siguientes atributos de las RISS: sistemas de información, gobernanza, gestión integrada, financiamiento e incentivos, primer nivel de atención y recursos humanos.

A continuación se presentan las principales líneas estratégicas de acción para el desarrollo y/o consolidación de los RISS, según los niveles de cooperación técnica de la Organización:

A NIVEL DE PAÍS

Los Estados Miembros, con el apoyo de las Representaciones de OPS/OMS en los países, deberán:

1. Tomar conciencia sobre el problema de la fragmentación de los servicios de salud al interior del sistema de salud, y si fuera el caso, al interior de los sub-sistemas que lo componen.
2. Priorizar la implementación de los RISS dentro de la agenda política del sector, disponibilizando los recursos necesarios para su desarrollo y/o consolidación.
3. Haciendo uso de los aportes de este documento (atributos esenciales, esquema de progresión, opciones de instrumentos de política y mecanismos institucionales) elaborar un plan nacional de acción para el mediano plazo (3 a 5 años) que busque el desarrollo y/o consolidación de los RISS como modalidad preferida de prestación de servicios de salud al interior del país.
4. Propiciar un diálogo con todos los actores relevantes, y en forma particular con los prestadores de servicios de salud y la comunidad en general, sobre el problema de la fragmentación de los servicios, sobre el concepto y los beneficios de los RISS, sobre las prioridades de acción en materia de RISS, y sobre las opciones y las estrategias disponibles para avanzar en su desarrollo.
5. Implementar las recomendaciones del plan nacional de acción.
6. Evaluar los resultados del plan de acción.

A NIVEL SUB-REGIONAL

Las entidades sub-regionales, con el apoyo de OPS, deberá:

1. Evaluar la posibilidad de acciones conjuntas y/o colaboración entre países, particularmente en situaciones de fronteras comunes y/o compra de servicios de salud entre países.



A NIVEL REGIONAL

La Oficina Regional de la OPS/OMS, en coordinación con las Oficinas de País, deberán:

1. Abogar por el desarrollo de los RISS en los países de la Región.
2. Apoyar a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para el desarrollo y/o consolidación de los RISS.
3. Prestar cooperación técnica directa a los países en apoyo del desarrollo y/o consolidación de los RISS.
4. Desarrollar herramientas, metodologías y guías para el desarrollo de las RISS.
5. Monitorear y evaluar el progreso de las RISS en los países de la Región.
6. Propiciar el intercambio de experiencias exitosas de RISS entre los países de la Región, y en ocasiones con países de otras regiones del mundo.
7. Movilizar recursos en apoyo al desarrollo de los RISS en la Región.
8. Desarrollar trabajo inter-programático al interior de la OPS para incorporar el concepto de los RISS en la cooperación técnica de la Organización, particularmente en el área de enfermedades crónicas no-transmisibles y/o en otras condiciones de salud que requieren de gran coordinación asistencial de los servicios de salud.
9. Promover un diálogo con la comunidad internacional de instituciones de desarrollo, organismos financieros y/o donantes con el objeto de tomar conciencia sobre el problema de fragmentación de los servicios de salud y buscar su apoyo para el desarrollo de los RISS.

ANEXO I

Consultas Nacionales y Subregionales Sobre RISS

Durante el período de Mayo de 2008 a Octubre de 2008 la OPS-OMS realizó una serie de consultas técnicas sobre el documento de posición sobre RISS con sus Estados Miembros. Dependiendo del caso, algunas de ellas fueron de carácter nacional, mientras que otras fueron de carácter subregional. Las consultas se hicieron sobre la base de un formato y cuestionario pre-establecido. En términos generales, los objetivos de las consultas eran los siguientes: i) Debatir la situación del país con relación a la fragmentación de los servicios de salud y los esfuerzos/iniciativas nacionales para superarla y promover el cuidado integral e integrado para todos los ciudadanos del país; y ii) Validar el documento de OPS/OMS titulado: “*Sistemas Integrados de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*” (Versión 8 de mayo de 2008).

La metodología empleada fue la de taller de trabajo de uno o dos días de duración. En los talleres participaban un número variable de expertos nacionales en el tema (generalmente entre 15 a 30 expertos). Los expertos convocados solían incluir representantes del Ministerio de Salud, Seguridad Social y/o otras aseguradoras públicas y/o privadas (dependiendo del caso), gestores de servicios de salud, prestadores de servicios de salud, universidades, sociedad civil, sociedades profesionales y otros actores pertinentes.

A continuación se detallan las consultas efectuadas en este período.

Lugar de encuentro	Fecha de encuentro	Países participantes
Quito, Ecuador	1ro de Mayo de 2008	Ecuador
Santiago, Chile	14 de Mayo de 2008	Chile
Cuidad de Guatemala, Guatemala	18-19 de Junio de 2008	Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana
Brasilia, Brasil	5 de Agosto de 2008	Brasil
Asunción, Paraguay	8 de Agosto de 2008	Paraguay
Buenos Aires, Argentina	9 de Septiembre de 2008	Argentina
Belize	14 de Octubre	Belize
Montevideo, Uruguay	16-17 de Octubre de 2008	Uruguay
Bridgetown, Barbados	23-24 de Octubre de 2008	Anguilla, Antigua and Barbuda, Barbados, British Virgin Islands, Dominica, Grenada, Montserrat, St. Kitts and Nevis, St. Lucia y St. Vincent
La Habana, Cuba	23 de Octubre de 2008	Cuba
México	3 de Noviembre	México



ANEXO II

Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS

A continuación se presentan en formato de matriz las opciones de instrumentos de política y de mecanismos institucionales disponibles para la conformación de los RISS, las cuales se han organizado de acuerdo a los atributos esenciales de los RISS. Al respecto, y para facilitar su lectura, la matriz ha sido organizada de la siguiente forma:

- Para evitar repeticiones innecesarias, cada instrumento y/o mecanismo posible es mencionado en una sola oportunidad, aún cuando el instrumento y/o mecanismo pudiera listarse en más de una categoría de clasificación (p. Ej. algunas opciones que se pueden considerar como instrumentos de política del tipo “desarrollo de capacidades de otros”, agrupados en la categoría de instrumentos no-jurídicos, pueden considerarse también opciones bajo la categoría mecanismos institucionales no-clínicos).
- Del mismo modo, cada instrumento/mecanismo ha sido listado en la celda de la matriz que más lo representa, aún cuando pudiera listarse en distintas categorías de instrumento de política y/o mecanismo institucional, o atributo de los RISS.

Matriz de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Intergradas de Servicios de Salud

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No-jurídicos	Vías clínicas	Vías no-clínicas
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema	• Asignar población a servir con base territorial • Requerir desagregación de la información de salud a nivel de sub-poblaciones	• Disponibilizar herramientas de diagnósticos de situación de salud (registros vitales, vigilancia, estudios epidemiológicos, evaluaciones comparativas, evaluaciones cor-porativas, investigación cualitativa, técnicas de evaluación rápida, etc.) • Realizar análisis de situación de salud conjuntamente con otros sectores de la economía • Disponibilizar herramientas de planeación de los servicios de salud con base a las necesidades de salud de la población		

		• Estimular la integración de prestadores a través de incentivos financieros y no-financieros para la formación de sistemas integrados • Desarrollar planes de inversión en infraestructura acorde con RISS, de acuerdo a estudios de oferta (optimizada) y demanda (proyectada) • Disponibilizar herramientas para el análisis de alternativas de prestación de servicios, incluyendo la compra de servicios o el desarrollo de infraestructura propia • Crear grupos de práctica clínica con múltiples especialidades, incluyendo médicos de familia o generalistas, todos ejerciendo en el mismo establecimiento y compartiendo responsabilidades en forma conjunta para todo el sistema.	• Definir un conjunto de prestaciones/servicios lo más amplio posible o programar la oferta de servicios, incluyendo parámetros de calidad de la atención • Normar tamaño mínimo poblacional para el funcionamiento del sistema/redes de servicios de salud de acuerdo a criterios de eficiencia y economías de escala • Acreditar redes de servicios/sistemas integrados (en oposición a la acreditación de establecimientos individuales) • Establecer un marco jurídico que facilite las consolidaciones, fusiones, formación de alianzas y formación de grupos de práctica clínica	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional
--	--	---	---	--

Un 1er nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población	• Normar la puerta de entrada al sistema a través del 1er nivel de atención • Normar prestación de servicios personales y servicios de salud pública en forma conjunta	• Estimular la formación de personal de 1er nivel a través de subsidios para su formación y/o oferta educativa directa • Nivelar salarios de personal del 1er nivel de atención con personal de especialidades • Desincentivar programas verticales, con la excepción de indicaciones justificadas • Fusionar esquemas de financiamiento de los servicios personales y los servicios de salud pública, en los casos que corresponda • Educar a la población sobre los beneficios de hacer uso del 1er nivel de atención en oposición a la consulta de especialistas • Terminar con los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo para los servicios del 1er nivel de atención	• Responsabilizar al equipo de 1er nivel por un grupo poblacional/comunidad definido • “especializar” el cuidado del 1er nivel de atención a través del empleo de médicos y enfermeras generalistas, integralistas o de familia • Implementar equipos multidisciplinarios • Incorporar especialistas al equipo de 1er nivel de acuerdo a necesidades de salud (nutricionistas, fisioterapeutas, asistentes sociales, dentistas, pediatras, gineco-obstetras, internistas, etc.) • Potenciar capacidad diagnóstica y terapéutica del 1er nivel a través de servicios básicos de laboratorio, radiología, mamografía, espirometría, ECG y cirugía ambulatoria mínima • Implantar esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la atención • Implantar esquemas de servicios de urgencia del 1er nivel de atención	
--	---	--	---	--

Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios	• Normar la conformación de redes de servicios de salud de base regional (en oposición a redes de base hospitalaria) • Normar niveles de atención con base a criterios demográfico-epidemiológicos, de equidad, eficiencia, y disponibilidad de recursos • Regular el acceso a especialistas • Regular el acceso al cuidado intra-hospitalario	• Construir infraestructura ambulatoria de especialidad fuera del ambiente hospitalario • Facilitar proceso de reingeniería hospitalaria a través de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería • Reestructurar la oferta de servicios hospitalarios a través de cierre de hospitales, fusiones, consolidaciones y cierres parciales de camas hospitalarias, cuando se observa exceso de oferta • En realidades de escasa oferta de servicios hospitalarios, la creación y/o ampliación de la oferta de camas hospitalarias sobre la base de estudios de oferta y demanda, siempre y cuando se den dentro del marco de la sustitución de los servicios de salud • Estimular formación de generalistas y desincentivar la formación de especialistas de acuerdo a necesidades de salud de la población • Realizar auditorías de egresos hospitalarios para determinar si el cuidado fue provisto en el sitio más apropiado		
---	---	--	--	--

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios	• Normar Guías de Práctica Clínica (GPC) para todo el sistema • Normar que el 1er nivel de atención sea el coordinador de la atención asistencial		• Historia clínica única • Mapas de atención, trayectorias clínicas y protocolos • Guías de referencia y contrarreferencia a nivel inter-institucional • Hoja de interconsulta/referencia • Informe médico/de alta hospitalaria • Sesiones clínicas integradas entre niveles asistenciales • Rotaciones de personal entre niveles asistenciales • Gestión de casos • Gestión de enfermedad • Líneas de servicios clínicos • Telemedicina	• Capacitar al personal de salud sobre los derechos de atención a la salud de las personas/pacientes, y sobre los nuevos modelos de atención
Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio	• Normar carta de derechos de atención de las personas/pacientes • Establecer mecanismos jurídicos para que las personas puedan hacer exigibles sus derechos de atención • Normar modelos de atención centrados en las personas, la familia y la comunidad/territorio • Normar modelos de atención de enfoque intercultural y de género	• Educar a la población sobre sus derechos a la atención de salud • Disponibilizar información sobre la salud y los servicios de salud a la población	• Incorporar agentes comunitarios de la salud • Incorporar la medicina tradicional/no-alopática • Incorporar modelos de cuidados en el hogar y/o comunitarios • Incorporar esquemas de autocuidado de la salud y auto/gestión de la enfermedad • Incorporar esquemas de participación de las personas en las decisiones clínicas que las envuelven	

Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el RISS	• Crear instancia de gobernanza del sistema a nivel regional o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio) • Crear directorio con representación de actores relevantes, incluidos los proveedores y la comunidad • Normar estructuras de gobernanza corporativa única para todo el sistema (director ejecutivo y/o directorio corporativo)	• Capacitar director ejecutivo/directorio en gestión de sistemas • Rotar miembros de gobierno por las distintas unidades operativas del sistema • Educar a la población y a los prestadores de salud sobre los beneficios de los sistemas integrados		• Elaborar misión, visión, valores y objetivos del sistema como un todo en forma participativa • Realizar planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño en forma compartida por todo el sistema • Consensuar sistema de monitoreo y evaluación de desempeño del sistema, con metas para la totalidad del sistema, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas
---	--	--	--	--

Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico	• Crear instancia de gestión del sistema a nivel regional o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio)			• Propiciar gestión basada en el desempeño y los resultados del sistema como un todo • Propiciar cultura organizacional del sistema como un todo • Implementar diseños organizacionales matriciales (entre líneas productivas basadas en productos/servicios y líneas basadas responsabilidad geográfica y/o de mercado) • Asegurar los aspectos gerenciales de estructura, planificación y coordinación de los esfuerzos de mejoría de la calidad • Elaborar contratos, contratos-programa y/o compromisos de gestión con metas de integración clínica/administrativa al interior del sistema • Instaurar centrales de regulación (citas) única para los pacientes • Mejorar sistemas de comunicación al interior del sistema (e-mail, teléfonos) • Compartir sistemas de apoyo clínico al interior del sistema (laboratorio clínico, radiología, banco de sangre, anatomía patológica, etc.) • Compartir sistemas de provisión de medicamentos e insumos médicos al interior del sistema
--	---	--	--	--



Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema	Flexibilizar requerimientos de certificación y recertificación del personal de salud modo de facilitar reasignaciones al interior del sistema	- Desarrollar esquemas de carrera funcionaria para personal del sistema - Trabajar conjuntamente con las entidades formadoras de recursos humanos con el objetivo de producir personal acorde con el nuevo sistema (trabajo en equipo, abordaje de sistemas, mejoramiento continuo de la calidad, uso de guías y protocolos, análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, epidemiología, diagnóstico de situación de salud con base poblacional, etc.)	- Historia clínica única electrónica - Identificador (código) común y único para todo el sistema (tanto para datos clínicos como para datos administrativos) - Informatizar toda la información clínica de los usuarios - Implementar sistemas de orientación a la decisión clínica - Realizar encuestas de satisfacción de los usuarios con los servicios - Disponibilizar sistemas de consulta en línea para los usuarios	- Propiciar formación de equipos de trabajo multidisciplinarios y trabajadores multi-propósito - Capacitar y re-capacitar personal para crear una fuerza de trabajo flexible que puede ser utilizada a través de todos los sitios de atención - Implementar programas de capacitación del personal en forma integrada - Implementar proyectos de investigación mixtos al interior del sistema
Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del RISS	- Normar sistemas de información de base poblacional - Normar sistemas de información que desagreguen información de acuerdo a sub-grupos poblacionales	- Diseminar información sobre el desempeño del RISS con todos los miembros del sistema, incluida la comunidad. - Capacitar a formuladores de política, gestores y prestadores en el análisis de datos de modo de generar información y conocimiento para la acción - Monitorear desempeño de los RISS sobre la base de tarjetas de reporte ("Scorecard") que incluyan variables financieras, de acceso, de calidad y de resultados	- Central de regulación (citas) única y automatizada para los pacientes - Implementar tarjeta sanitaria inteligente - Informatizar sistemas de gestión administrativa, presupuestaria, financiera, contable, de costos, etc.	

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema	• Desarrollar incentivos financieros para la integración del sistema (p. ej. pago per-capita ajustado por riesgo para toda la red) • Incentivos financieros especiales para estimular servicios de fomento y prevención • Mayor asignación relativa de recursos financieros (de operación y de capital) para el 1er nivel de atención y otros servicios ambulatorios no hospitalarios • Implantar mecanismos de remuneración de los médicos de modo que compartan el riesgo financiero con respecto al desempeño del sistema	• Desarrollar incentivos financieros para el cumplimiento de las metas en salud, la integración del sistema como un todo y la entrega de los servicios en el lugar más costo efectivo • Integrar el sistema de presupuesto de todo el sistema • Instaurar modalidad de centros de costos	• Crear equipos de asistencia social
			• Implementar acciones de salud a nivel del hogar, la comunidad, las escuelas y los lugares de trabajo
		• Desarrollar programas de acción conjunta intersectorial • Financiar esquemas de prestación de servicios de salud/sociales integrados	
Acción intersectorial amplia			

BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- (2) Idem.
- (3) World Health Organization (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO.
- (4) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- (5) Ministros de Salud de las Américas (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007.
- (6) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.
- (7) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- (8) World Health Organization (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- (9) PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- (10) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1997). La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- (11) World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- (12) PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- (13) PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- (14) World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- (15) World Health Organization (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: who's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- (16) Idem
- (17) PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- (18) WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO.
- (19) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (). Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (20) OPS/OMS (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- (21) OPS/OMS, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- (22) OPS/OMS, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudo Regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.



- (23) OPS/OMS, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudo Regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- (24) OPS/OMS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de Agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- (25) Ehiri and Prowse (1999). Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions?. *Health policy and planning* 1999;14(1).
- (26) Magnussen, Ehiri and Jolly (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health affairs* 2004;23(3).
- (27) Atun, Lennox-Chugani, Drobniewski, Samyshkin and Coker (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems. *European journal of public health* 2004;14(3).
- (28) World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- (29) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002). La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS.
- (30) Idem
- (31) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde.
- (32) Saltman y Busse (2002). <http://www.euro.who.int/document/OBS/REBC01.pdf>
- (33) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1997). La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- (34) Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- (35) Shamian J, LeClair SJ. (). Integrated delivery systems now or??. Commentary paper. *Healthcare papers*. Health Canada.
- (36) Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- (37) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (38) Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- (39) Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.
- (40) World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- (41) Idem
- (42) Ibidem
- (43) WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES (2001). Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting.
- (44) Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum journal* 1993;36(2):20-6.
- (45) Idem
- (46) Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- (47) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (48) Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- (49) Kongstvedt, PR, Gates R (1996). Ten Critical success factors for integrated delivery systems. An Aspen Publication. Gaithersburg, MD.



- (50) World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- (51) Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing company.
- (52) WAN, T.T.H., LIN, B.Y. & MA, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, 26: 127-143.
- (53) LEE, S.D., ALEXANDER, J.A. & BAZZOLI, J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41: 165-174.
- (54) ALETRAS, V., JONES, A. & SHELDON, T.A - Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- (55) SOLER, J.L.P (2003). - Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud.
- (56) SOWDEN, A.J., WATT, I. & SHELDON, T.A. (1997). Volume of activity and health care quality: is there a link? In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. – Concentration and choice in healthcare. London, The Royal Society of Medicine Press.
- (57) NORONHA, J.C. et al. (2003). Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. *Cad. Saúde Públ.*, 19: 1781-1789.
- (58) Dowling, WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens, PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing company.
- (59) Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- (60) Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zummerman, FJ, Connel, FA (2001). Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001;107(3):524-29.
- (61) Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304(6837):1287-90.
- (62) Parchman, ML, Pugh JA, Noel PH, Larme, AC (1992). Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med care* 2002;40(2):137-44.
- (63) Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- (64) WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES (2001). Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting.
- (65) Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & health services administration* 1993;38(4):467-89.
- (66) Hartz ZMA, Contandriopoulos, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20 Sup 2:S331-S336.
- (67) Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & health services administration* 1993; 38(4):467-89.
- (68) Porter M, Kellog M. Kaiser Permanente: una experiencia en atención sanitaria integrada. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008, Vol. 1, Num 1. www.risai.org
- (69) Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- (70) SHORTELL, S.M. et al. (1996). Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass.
- (71) DOWLING, W.L. (1997). Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press.
- (72) SARACCI, R. (1998) Quelle santé pour qui? Un défi pour l'épidémiologie. *Forum Mondial de la Santé*, 19:3-5.
- (73) Shortell, SM, Gillies, RR, Devers KJ (1995). Reinventing the American hospital. *Milbank quarterly* 1995;73(2):131-60.
- (74) Kronick R, Goodman DC, Wennenberg J, Wagner E (1993). The market place in health care reform: the demographic limitations of managed competition. *The New England Journal of Medicine* 328(1):148-152.



- (75) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (76) Idem
- (77) Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
- (78) Gofin and Gofin (2005). Community Oriented Primary Care and Primary Health Care, *American Journal of Public Health* 95(5):757.
- (79) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (80) Idem
- (81) Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- (82) Shamian J, LeClair SJ. (No date). Integrated delivery systems now or??. Commentary paper. *Healthcare papers*. Health Canada.
- (83) Gates M (1996). Information systems for integrated delivery systems. *Health System Leader* 3(7):4-12.
- (84) Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (85) Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- (86) Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I (2008). Background document: performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on health systems and policies.
- (87) Idem
- (88) WAN, T.T.H., LIN, B.Y. & MA, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, 26: 127-143.
- (89) Pal L (2000). "There ought to be a law!" Instrument choice: an overview of the issues. *Strategic Issues Series rp02-10e*. Research and Statistics Division. Department of Justice, Canada.
- (90) Idem
- (91) Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & health services administration* 1993;38(4):467-89.
- (92) Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- (93) World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- (94) Idem
- (95) Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare forum journal* 1993;36(2):20-6.
- (96) Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB (2000). Integrating health care delivery. *Health forum journal* 2000;43(6):35-9.
- (97) Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- (98) Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.
- (99) Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- (100) BAZZOLI, G.J. et al. (1999) taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Services Research*, 33: 1683-1717.
- (101) Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008-2012: octubre 2007. Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington, D.C.: OPS.

