



SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

No. 4

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



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

N. 4

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 de Salud
Basados en la Atención Primaria de Salud (HSS)
Proyecto de Servicios Integrados de Salud (HSS/IHS)
Oficina de la Subdirección
Organización Panamericana de la Salud OPS
Organización Mundial de la Salud OMS

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

“Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”

Washington, D.C.: OPS, © 2010

(Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)

ISBN: 978-92-75-33116-3

I. Título

1. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – normas
2. REDES COMUNITARIAS
3. COOPERACIÓN TÉCNICA
4. ACCIÓN INTERSECTORIAL
5. SERVICIOS DE SALUD – legislación y jurisprudencia
6. ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
7. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
8. AMÉRICAS

NLM WA546

Washington DC, 28 de mayo, 2010

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 2010

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 Hernán Montenegro (HSS/IHS), Eduardo Levcovitz (PWR-Uruguay), Reynaldo Holder (HSS/IHS), José Ruales (PWR-El Salvador) y Julio Suárez (PWR-Chile). El documento se elaboró tomando en consideración los documentos base de la iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (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 las contribuciones emanadas del taller de expertos realizado en Santiago de Chile, en octubre del 2007; las numerosas consultas nacionales y sub-regionales realizadas durante el período de abril a noviembre del 2008; la consulta regional realizada en Belo Horizonte, Brasil, en noviembre del 2008; las recomendaciones emanadas del 49.º Consejo Directivo de la OPS/OMS, en su novena reunión del 2 de octubre del 2009; y el taller de expertos y la reunión regional de consulta realizados en Lima y Cusco, Perú, respectivamente, en noviembre del 2009. 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, Adolfo Chorny y Manuel Mancheno.

Agradecemos en forma especial a Maria Laura Reos, Elide Zullo, Matilde Molina, Caroline Ramagem y Rafael Flores por su apoyo en la edición y traducción de este documento.

Reconocemos también la importante contribución del Ministerio de Salud de Brasil, del Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ) y de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en la organización y financiamiento de varias de las consultas mencionadas anteriormente.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN	13
La necesidad imperiosa de avanzar hacia la integración de los servicios de salud	13
Los mandatos globales y regionales que propician el desarrollo de modelos de atención más equitativos e integrales	14
El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud	16
El alcance de este documento	18
CAPÍTULO 1: EL DESAFÍO DE LA FRAGMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LAS AMÉRICAS	19
El contexto macro de los servicios de salud: los sistemas de salud	19
El desafío de la fragmentación de los servicios de salud	20
Los profundos cambios en el entorno y el quehacer de los servicios de salud	23
CAPÍTULO 2: LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	29
El concepto de servicios de salud integrales y sus diferentes modalidades	29
Las Redes Integradas de Servicios de Salud	31
Los beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud	33
CAPÍTULO 3: LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	35
Los atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud	37
Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas	52
CAPÍTULO 4: LOS INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA Y LOS MECANISMOS INSTITUCIONALES DISPONIBLES PARA CONFORMAR REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	55
Los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud	55
La pertinencia de los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles con base en las diferentes realidades de los sistemas de salud de la Región	57
CAPÍTULO 5: LA “HOJA DE RUTA” PARA AVANZAR EN EL DESARROLLO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	61
Las lecciones aprendidas	61
La “Hoja de Ruta” de Cooperación Técnica de la OPS/OMS para avanzar en el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud	63
APÉNDICE A	65
Glosario de Términos	
APÉNDICE B	73
Consultas Nacionales, Subregionales y Regionales Sobre RISS	
APÉNDICE C	75
Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS	
APÉNDICE D	89
RESOLUCIÓN- CD49.R22- Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud	
BIBLIOGRAFÍA	92

RESUMEN EJECUTIVO

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación 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.

La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

Aun cuando el desafío de la fragmentación es común en la mayoría de los países de la Región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo de cada situación en particular. No obstante lo anterior, las causas principales de la fragmentación a nivel regional corresponden a: segmentación institucional del sistema de salud; descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

En general, las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa no consideraron las características propias de cada país, sino que más bien tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre los



distintos proveedores y aseguradoras de la salud. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud.

Por otro lado, el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud. El logro de las metas nacionales e internacionales en salud, incluidas aquellas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), requerirá una mayor y más efectiva inversión en los sistemas de salud. En los últimos años, a nivel regional se ha observado una tendencia a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención.

En la región existen varias experiencias de buenas prácticas en la creación de redes integradas de servicios, en especial en países como Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de redes. Otros países de América Latina y el Caribe están adoptando políticas similares para organizar sus servicios de salud. No obstante los esfuerzos realizados por los países de la región, el desafío de combatir la fragmentación y prestar servicios de salud más equitativos e integrales continua siendo un gran imperativo para la mayoría de los países de las Américas.

En el período de mayo a noviembre del 2008, y sobre la base de un borrador de documento de posición sobre el tema, la OPS efectuó una serie de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla. El principal logro de las consultas fue confirmar la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación y validar la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la *Resolución CD49.R22 sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud*, y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre RISS. Este documento es el principal resultado de estos procesos. El presente documento analiza el desafío de la fragmentación de los servicios de salud, propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, presenta instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para desarrollarlas, y propone una “hoja de ruta” para implementarlas en los países de las Américas.

El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. La OPS 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; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales 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”.

Como se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. El concepto de RISS provee también un marco de trabajo adecuado para la colaboración entre distintos países a través de esfuerzos tales como la complementación de servicios en fronteras comunes y los “servicios compartidos” de las islas pequeñas del Caribe.

Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.



Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, 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. No obstante la variedad de contextos señalados anteriormente, la experiencia acumulada en los últimos años indica que las RISS requieren de los siguientes atributos esenciales para su adecuado funcionamiento (agrupados según ámbito de abordaje):

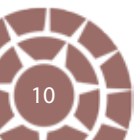
Modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; y 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia; y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; y 13) gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Los decisores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudarlos en la conformación de las RISS. El apéndice C de este documento presenta un



listado de opciones de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales construido sobre la base de la revisión bibliográfica, la opinión de expertos y las recomendaciones de las consultas con los países. La pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación en particular. En todo caso, sea cual fueren los instrumentos o mecanismos utilizados, estos siempre deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un referente jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible.

La implementación pasada de las RISS ha aportado lecciones valiosas que ayudan a formular una estrategia exitosa de ejecución. Entre las lecciones más importantes cabe destacar: a) los procesos de integración son difíciles, complejos y de muy largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política; y, d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema.

La iniciativa de las RISS exige asimismo contar con una “hoja de ruta” que, sin desconocer las distintas realidades de los países, permita establecer algunas áreas prioritarias de acción y disponer de un cronograma general de ejecución. A este respecto, las consultas con los países han puesto de relieve las siguientes prioridades para la cooperación técnica de OPS: a) sistemas de información (atributo 12), b) gobernanza (atributo 7), c) gestión de apoyo clínico, administrativo y logístico (atributo 10), d) financiamiento e incentivos (atributo 14), e) primer nivel de atención (atributo 3), f) recursos humanos (atributo 11), g) mecanismos de coordinación asistencial (atributo 5) y h) foco de la atención en la persona, la familia y la comunidad (atributo 6).

El cronograma de ejecución de la iniciativa contempla dos fases: la primera (2009-2010) corresponde a la identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y a la elaboración de planes nacionales para el desarrollo de las RISS. La segunda fase (a partir del 2010), a la ejecución de los planes nacionales y su evaluación continua. La iniciativa de las RISS se enmarca dentro del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS y la organización asignará prioridad a los países que hayan programado la creación de las RISS dentro de sus respectivos planes de trabajo bianuales.



La OPS ha logrado también consolidar el apoyo de otros socios para la iniciativa, entre los que se encuentran el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio de Salud y de Atención Social de Cataluña (CSC), la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través del Fondo España-OPS.

INTRODUCCIÓN

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

La iniciativa de la OPS 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, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región. Como ha señalado la Directora de la OPS/OMS, Dra. Mirta Roses:

“La mayoría de países de nuestra Región requieren de profundos cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social. Entre esos cambios son esenciales la superación de: a) La segmentación de los sistemas de salud, es decir la existencia de subsistemas debido a distintas fuentes y arreglos de financiamiento, reflejando una segmentación social por capacidad de pago ó por inserción en el mercado laboral. Este rasgo estructural consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social. De esta manera los pobres e informales quedan fuera;.... b) La fragmentación organizacional, (es decir) la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas sin coordinación y menos integración. Esto eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción así como genera diferentes tipos y calidades de prestaciones.....” (1).

El logro de las metas nacionales e internacionales, incluidas aquellas contenidas en los ODM, requerirá una mayor y más efectiva inversión en los sistemas 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 (3)(4).



La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación 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. Además, el envejecimiento de la población, la emergencia de las enfermedades crónicas y la comorbilidad y el aumento de las expectativas de los ciudadanos exigen respuestas más equitativas e integrales de los sistemas de salud.

Los mandatos globales y regionales que propician el desarrollo de modelos de atención más equitativos e integrales

La búsqueda de modelos de atención de salud más equitativos e integrales no es nueva. Varios de los países de la Región llevan años diseñando e implementando modelos de atención con este fin. En muchos casos, esta búsqueda fue inspirada por la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual en su artículo VII 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”* ⁽⁵⁾. 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”* ⁽⁶⁾.

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 contrareferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos”* ⁽⁷⁾. 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”* ⁽⁸⁾. Más recientemente, la Asamblea Mundial de Salud de OMS aprobó la Resolución WHA62.12 sobre APS, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de salud, la cual en su punto 1.3 sobre modelos de atención



señala “...que presten servicios de atención primaria integrales, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedad, cuidados curativos y paliativos, que están integrados con los otros niveles de atención y coordinados de acuerdo a necesidades, al mismo tiempo que aseguren una referencia efectiva al cuidado secundario y terciario”⁽⁹⁾.

No obstante los esfuerzos realizados por los países de la Región, y como lo reafirman las declaraciones anteriores, el desafío de combatir la fragmentación y prestar servicios de salud más equitativos e integrales continua siendo un gran imperativo para la mayoría de los países de las Américas. En el período de mayo a noviembre del 2008, y sobre la base de un borrador de documento de posición sobre el tema, la OPS efectuó una serie de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla. Durante este período, se hicieron 10 consultas nacionales (Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Trinidad y Tabago, y Uruguay), dos consultas subregionales (Centroamérica y países del Caribe oriental y Barbados) y una consulta regional en Belo Horizonte, Brasil, donde participaron más de 30 países de la Región. El principal logro de las consultas señaladas fue confirmar la necesidad de abordar el problema de la fragmentación de los servicios y validar la iniciativa de la OPS sobre RISS. Finalmente, el 2 de octubre del 2009, en el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49. R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud (véase Apéndice D), y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre RISS. Este documento es el principal resultado de estos procesos.

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

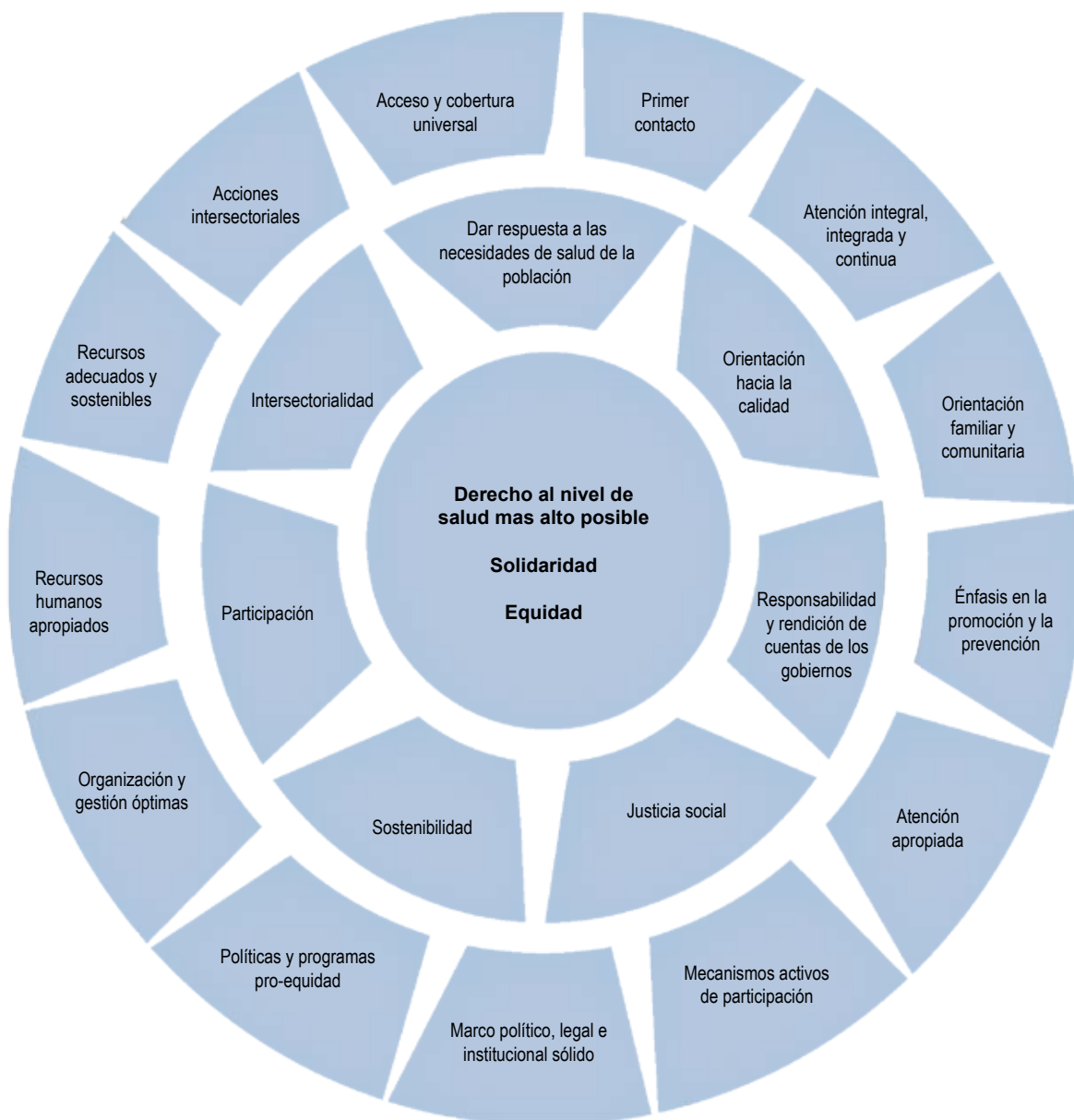
El propósito de la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Según OPS ⁽¹⁰⁾, 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 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; la orientación familiar y comunitaria: y la acción intersectorial, entre otros. En la figura 1 se presentan los valores, principios y elementos esenciales de un Sistema de Salud Basado en la APS.

Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS.



FUENTE: 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.

El alcance de este documento

Este documento de posición analiza el desafío de la fragmentación de los servicios de salud, propone un marco conceptual y operativo para entender las RISS, presenta instrumentos de política pública y mecanismos institucionales para 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 aborda los mecanismos de integración de la función de financiamiento y/o aseguramiento de los sistemas de salud. Tampoco aborda en detalle los mecanismos específicos de integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) dentro de los sistemas de salud.

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

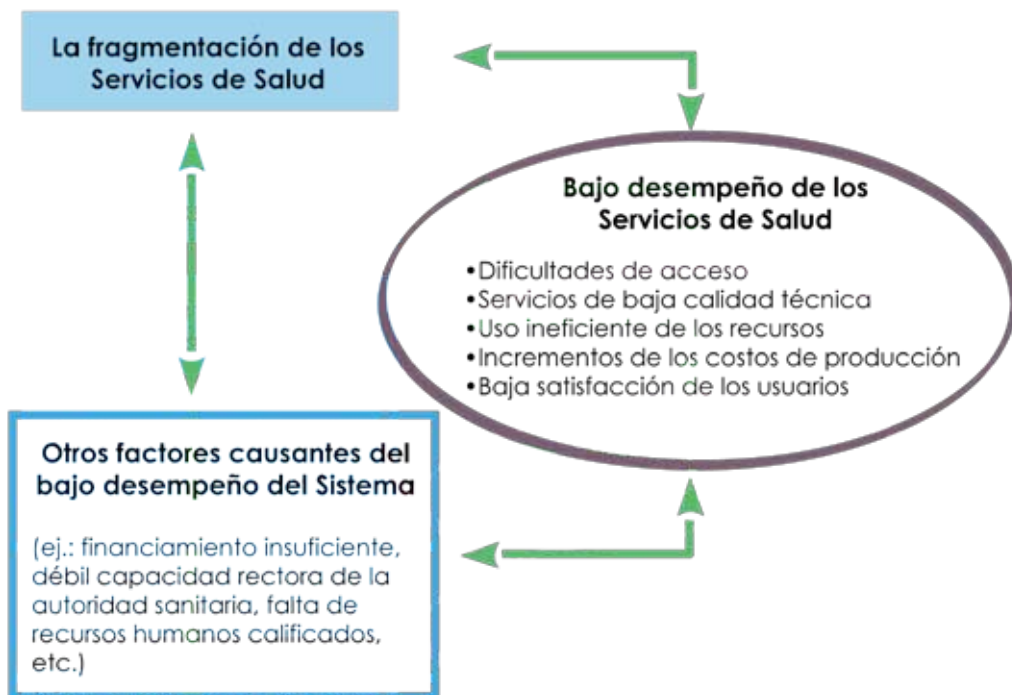
El contexto macro de los servicios de salud se refiere fundamentalmente a las características de los sistemas de salud en los cuales éstos están inmersos. Los sistemas de salud han sido caracterizados de diversas maneras. La OMS define los sistemas de salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” ⁽¹¹⁾. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. 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 ⁽¹²⁾.

El desafío de la fragmentación de los servicios de salud

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾. La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (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) (ver figura 2).

Figura 2. La relación entre la fragmentación y el desempeño de los servicios de salud.



FUENTE: Elaboración propia.

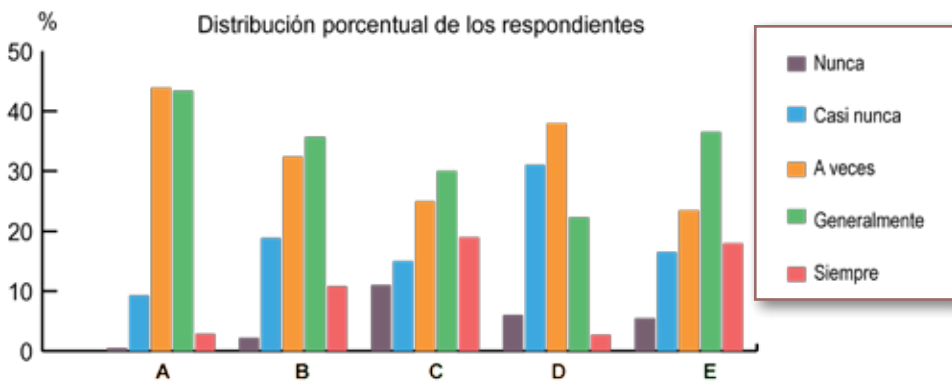
La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales.

En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales.

En encuestas realizadas por la OPS, la fragmentación de los servicios de salud es percibida como un problema grave, tanto por los gestores del primer nivel de atención como por los gestores de la atención especializada ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. Por ejemplo, solamente 22% de los encuestados del primer nivel de atención y 35% de los gestores/prestadores de la atención especializada consideran que los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los niveles de la atención funcionan adecuadamente. Con respecto al sitio de la atención, los encuestados señalaron que cerca del 52% de los pacientes hospitalizados podrían haberse tratado fuera del entorno hospitalario. Por último, sólo 45% de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que los pacientes son examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos cuentan con una fuente regular de atención.



Gráfico 1. Encuesta de percepción sobre el nivel de coordinación de la atención de salud en 16 países de América Latina y el Caribe, año 2002.



- A.** ¿Son los pacientes vistos por el mismo prestador (doctor / equipo de salud) cada vez que consultan?
- B.** ¿Existe un sistema de citas y de seguimiento de las mismas, incluyendo la organización de visitas domiciliarias por parte del equipo de salud?
- C.** ¿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?
- D.** En la práctica habitual, ¿opera un buen sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes según grado de complejidad de éstos?
- E.** ¿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.

Aun cuando el desafío de la fragmentación de los servicios de salud es común en la mayoría de los países de la Región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo de cada situación. No obstante lo anterior, la revisión bibliográfica y las consultas con los países señalaron las siguientes causas principales de fragmentación:

- Segmentación institucional del sistema de salud;
- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención;
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud¹;

¹ Existen situaciones excepcionales donde los programas verticales sí tienen una indicación precisa tales como países en situación "frágil", la necesidad de controlar algunas epidemias y emergencias sanitarias de gran magnitud, o la necesidad de proveer servicios a grupos poblacionales especiales tales como población penal, drogadictos y trabajadores sexuales. (World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No.1).

- Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas;
- Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos;
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud;
- Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios;
- Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración;
- Trabas jurídicas y administrativas; y
- Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

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

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 comorbilidad que desafía la capacidad de respuesta de los servicios actuales. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas requiere además de una mayor integración entre el cuidado del primer nivel de atención y el de especialidad. Además, muchos sistemas enfrentan la coexistencia de problemas asociados a la pobreza y a la exclusión social (ej. enfermedades contagiosas y la malnutrición), al mismo tiempo que enfrentan nuevos desafíos tales como el VIH/SIDA, estilos de vida poco saludables, y el incremento de la violencia, accidentes y problemas mentales.



Por otro lado, los usuarios están demandando servicios de mayor calidad 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, así como 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 ⁽²²⁾. Esta situación está llevando a las organizaciones prestadoras de servicios a cambiar su actitud tradicionalmente cerrada y autoreferenciada hacia una actitud más abierta a la participación ciudadana y al cuidado centrado en las personas.

Desde el punto de vista de la oferta de servicios, los avances médicos y tecnológicos plantean la necesidad de adaptar los modelos de atención, al tiempo que facilitan una mayor colaboración entre los distintos prestadores de servicios. Como ejemplos de estos avances se pueden mencionar nuevos métodos de tamizaje, terapia genética, técnicas laparoscópicas, cirugía invasiva mínima, transplante de órganos, tecnología de imágenes, y telesalud. 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. Otro importante desafío es el déficit de personal de salud calificado. Muchos países están sufriendo la emigración de personal de salud después de años de inversión en su capacitación. Por otra parte, existen problemas de inadecuación de los perfiles profesionales y laborales para adaptarse a los cambios del perfil epidemiológico y los avances tecnológicos. Además, existen serias inequidades en cuanto a la distribución geográfica de los recursos humanos en salud, particularmente en las zonas rurales y más aisladas de los países.

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 aumenta 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). 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 reforma 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 general, las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa no consideraron las características propias de cada país, sino que más bien tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y se aumentó la fragmentación de los servicios de salud ⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

En los últimos años, se ha observado una tendencia a abandonar la competencia e introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud. En la Región hay varias experiencias de buenas prácticas en la creación de RISS, en especial en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de redes de servicios. Otros países de América Latina y el Caribe están adoptando políticas similares para organizar sus servicios de salud (ver tabla 1). En América del Norte, también hay experiencias dignas de mención como la de Kaiser Permanente y la de la Administración de Veteranos, ambas de los Estados Unidos de América, además del sistema de servicios de salud de la región de Montérégie, Québec, Canadá, entre otras.

Tabla 1. Iniciativas seleccionadas de esfuerzos de integración de servicios de salud en países de América Latina y el Caribe.

País	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud	Lograr 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)	Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios	Establecer redes de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, que puedan pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina tradicional, en el marco de la interculturalidad y la estructura social en la gestión de salud.
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.
El Salvador (e)	Ley de creación del Sistema Nacional de Salud	Establecer un modelo de organización de los establecimientos de salud de los miembros del sistema en redes funcionales para la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de calidad, equidad y continuidad.
Guatemala (f)	Modelo coordinado de atención en salud	Ejecutar un modelo de atención integral entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación del Paquete de Servicios Básicos en los Departamentos de Escuintla y Sacatepéquez. Esta experiencia duró solamente hasta el año 2003.
México (g)	Integración funcional del sistema de salud	Propiciar la convergencia (de los servicios de salud) y la portabilidad (del seguro de salud) entre distintas instituciones del sector tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

País	Iniciativa	Objetivo
Perú (h)	Lineamientos para la conformación de redes	Promover la formación de redes plurales de proveedores, 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 (i)	Modelo de red de los servicios regionales de salud	Crear formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a prestar 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.
Trinidad y Tobago (j)	Experiencia de la Autoridad de Salud de la Región del Este	Crear una red integrada de servicios de salud entre los establecimientos de atención primaria (policlínicos y centros de salud) y el Hospital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Sistema Nacional Integrado de Salud	Implementar un modelo de atención integral basada 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, incluidos los cuidados paliativos.
Venezuela (l)	Red de salud del Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar el modelo de atención basada 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 universalidad y equidad.

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, (borrador no publicado, copia disponible a solicitud); (b) Ministerio de Salud y Deportes (2008). Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios; (c) Ministério da Saúde (2008). Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011; (d) Ministerio de Salud (2008). Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/subsecreredes.html>; (e) Ministerio de Salud (2008). Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. Decreto Ejecutivo no. 82, Diario oficial http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_nacional_salud.pdf; (f) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Experiencias/lecciones aprendidas de coordinación/integración de sistemas y redes de servicios de salud, Guatemala, junio 2008. Presentación no publicada (copia disponible a solicitud); (g) Consejo Nacional de Salud (2008). Resumen de aportes de la consulta nacional de México sobre la propuesta de los SISS, México, DF, 3 de noviembre de 2008. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (h) Ministerio de Salud (2002). Lineamientos para la conformación de redes (copia disponible a solicitud); (i) 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. (j) PAHO Trinidad and Tobago. National Consultation on Integrated Delivery Systems, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, St. Clair. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (k) República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud: creación. XLVI. a Legislatura; (l) Distrito Metropolitano de Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005). Taller sobre "Definición de Redes de Servicios de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas".

Con relación a las prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales, muchos de ellos actualmente están cuestionando la eficacia de la cooperación centrada exclusivamente en los programas verticales y están reorientando su cooperación hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud con un enfoque más integral. En marzo del 2005, la Declaración de París se comprometió a reducir la fragmentación de la ayuda internacional y a promover una cooperación internacional basada en los principios de propiedad de los países, alineamiento, armonización, foco en resultados y mejor rendición de cuentas ⁽²⁵⁾. En diciembre de 2005, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) aprobó la utilización de parte de sus fondos para fortalecer los sistemas de salud ⁽²⁶⁾. Más recientemente, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) también decidió apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud en la medida en que ayuden a combatir estas tres enfermedades ⁽²⁷⁾. Dentro de este marco, la OMS ha lanzado la iniciativa “Maximizar las Sinergias Positivas entre los Sistemas de Salud y las Iniciativas Globales de Salud” con el propósito de asegurar que los sistemas de salud y las intervenciones selectivas de las iniciativas mundiales de salud se fortalezcan mutuamente y puedan generar mayores logros para la salud pública mundial ⁽²⁸⁾.

A pesar de los esfuerzos anteriores, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el desarrollo de redes integradas todavía están poco desarrollados, y necesitan ser considerados en los desarrollos futuros de los sistemas de salud ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾.

CAPÍTULO 2: LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

El concepto de servicios de salud integrales y sus diferentes modalidades

El concepto de servicios de salud integrales no es nuevo, sin embargo su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾. 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 de servicios de salud integrales:

“la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”.

FUENTE: Modificado de WHO. *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008.*

Por otra parte, el concepto de continuidad de la atención se refiere a como las personas experimentan el nivel de integración de los servicios, y puede definirse como:

“el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud”.

FUENTE: Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. *Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219–1221.*

La definición de servicios de salud integrales es bastante amplia y se puede expresar por ejemplo como un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado

grupo poblacional (ej. la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); como sitios de atención multipropósito (ej. clínicas multipropósito); como integración entre prestadoras y aseguradoras de salud (ej. HMO's de los EUA); como integración entre los servicios de salud del Ministerio de Salud y la Seguridad Social; y como integración entre distintos sectores de la economía (ej. complementareidad público-privada, coordinación con servicios sociales, etc.).

Por otra parte, la integración puede tener también distintas modalidades de integración tales como la integración horizontal, la integración vertical, la integración real y la integración virtual (ver tabla 2). En el Apéndice A de este documento se presentan otros términos adicionales relacionados con el concepto de integración de servicios de salud.

Tabla 2. Conceptos de integración horizontal, vertical, real y virtual.

Concepto	Definición	Comentarios
Integración horizontal*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.
Integración vertical*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción 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.
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.

FUENTES: *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. ** Satinsky MA (1998). *The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.*

Las Redes Integradas de Servicios de Salud

Las **Redes Integradas de Servicios de Salud**, o Sistemas Organizados de Servicios de Salud⁽³⁶⁾, o Sistemas Clínicamente Integrados⁽³⁷⁾, u Organizaciones Sanitarias Integradas⁽³⁸⁾, pueden definirse como:

“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales 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”

FUENTE: Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20–6.

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de RISS. La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: i) sistemas que integran solamente personal de salud; ii) sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud; y iii) sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud⁽³⁹⁾. También pueden haber redes locales (ej. redes de servicios municipales), redes regionales (ej. redes de servicios provinciales) y redes de servicios nacionales (ej. redes de referencia nacionales).

Como se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. El concepto de RISS provee también un marco de trabajo adecuado para la colaboración entre distintos países a través de esfuerzos tales como la complementación de servicios en fronteras comunes y los “servicios compartidos” de las islas pequeñas del Caribe (ver caja 1).

Caja 1. Los “Servicios Compartidos” de los países del Caribe.

Un caso especial de integración de servicios de salud corresponde al caso de “servicios compartidos”, o *shared services* en inglés, que corresponde a arreglos de compra de servicios, particularmente del nivel terciario de atención, entre algunos países pequeños del Caribe. Desde el punto de vista histórico, los esfuerzos de cooperación e integración en esta región han estado presentes desde finales del Siglo XIX, e incluyen la creación de la Asociación de Libre Comercio del Caribe en 1968 (CARIFTA) y la Comunidad del Caribe en 1974 (CARICOM). También existen acuerdos de compra de servicios entre algunos países de la región (ej. Dominica compra servicios a Martinique, Guadeloupe, Barbados y los EUA). No obstante lo anterior, varios países de la región como Barbados y los Países del Caribe del Este (Anguilla, Antigua y Barbuda, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Grenada, Montserrat, St. Kitts y Nevis, St. Lucia y St. Vincent) continúan interesados en expandir los acuerdos de intercambios existentes. En este marco, los argumentos a favor de los servicios compartidos corresponden a bajos tamaños poblacionales (ej. Montserrat cuenta con solamente 4.800 habitantes), escaso desarrollo de la infraestructura de salud, restricciones presupuestarias, proximidad geográfica, existencia de buenos vínculos de transporte entre las islas y perfiles epidemiológicos y de salud similares. En el pasado, los esfuerzos en esta materia han incluido servicios de cirugía y anestesia, medicina, obstetricia, ginecología y pediatría, psicología y salud mental, laboratorio, radiología y mantenimiento de equipos. En la actualidad, necesidades insatisfechas incluyen también servicios de traumatología, neurocirugía, ortopedia, cirugía cardiaca, cirugía pediátrica, oncología, laboratorio clínico y patología. Además, otras áreas de potencial colaboración incluyen enfermedades crónicas, salud mental, diálisis, rehabilitación, capacitación de personal de salud y base de datos compartidos.

FUENTE: Potter, Irad. Plenary presentation “Shared services in the Caribbean Countries”. Sub-regional consultation on PAHO/WHO’s integrated delivery systems initiative. PWR-ECC Office, Bridgetown, Barbados, October 23-24, 2008.



Los beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

El nivel de investigación y evidencias en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en los países de bajos y medianos ingresos ⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾. No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que las RISS pudieran mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas ⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁶⁾. 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, mejorías en las economías de escala y de producción conjunta, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se asocian a su vez con mejorías en la calidad de la atención. Además, las 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 ⁽⁴⁷⁾. En términos financieros, las redes integradas se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos ⁽⁴⁸⁾.

Desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se asociaría a mejorías 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 ⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾. 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 ⁽⁵⁵⁾. Desde la perspectiva del usuario, las RISS facilitarían el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención; mejorarían el acceso a otros niveles de atención cuando son requeridos; evitaría la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejorarían los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente; y facilitarían la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas⁽⁵⁶⁾. Independiente de los hallazgos anteriores, existe consenso entre los investigadores sobre la necesidad de realizar más estudios para demostrar la causalidad entre la integración de servicios de salud y su impacto a nivel clínico, a nivel de la salud poblacional y a nivel de la satisfacción de los usuarios ⁽⁵⁷⁾.



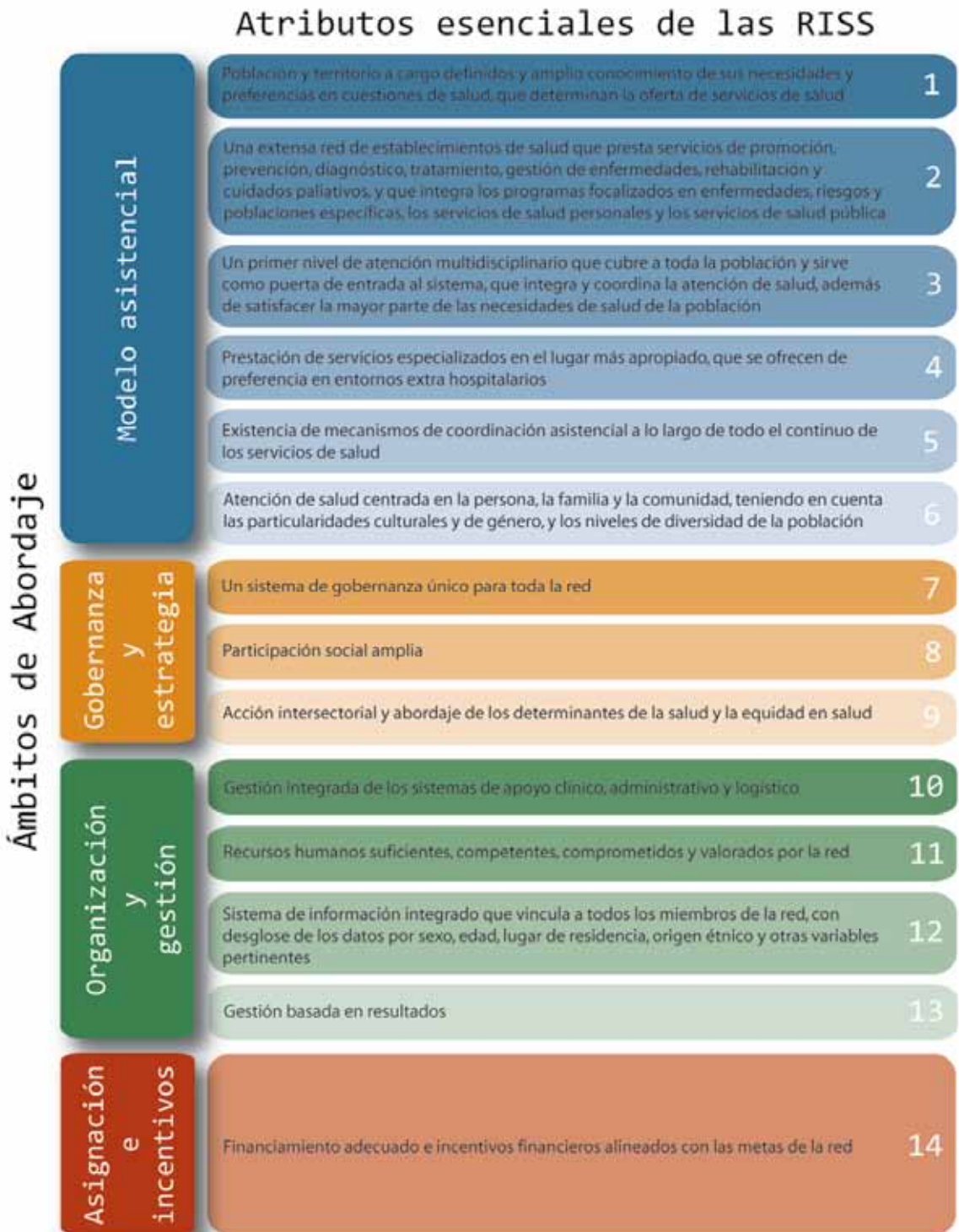
Un ejemplo claro de buenos resultados de sistemas integrados de servicios de salud lo constituye Kaiser Permanente (KP). En enero de 2002, el British Medical Journal publicó una comparación de KP en California y el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS). Entre los sorprendentes resultados del estudio, 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 óptima de los sistemas de información ⁽⁵⁸⁾.

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

Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, 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 ⁽⁵⁹⁾. La autoridad sanitaria nacional desempeña un papel fundamental para instrumentar esta política y reorientar los sistemas de salud con base a los valores y principios de la APS ⁽⁶⁰⁾. Para lo anterior, la autoridad sanitaria puede ejercer las siguientes funciones: a) conducción sectorial (por ejemplo, formulación de políticas y evaluación del desempeño del sistema); b) regulación; c) modulación del financiamiento; d) vigilancia del aseguramiento; e) ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); y, f) armonización de la prestación de servicios de salud ⁽⁶¹⁾.

No obstante la variedad de contextos señalados anteriormente, la experiencia acumulada en los últimos años indica que las RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. Los atributos de las RISS que se presentan a continuación, agrupados según ámbito de abordaje ⁽⁶²⁾, han sido extraídos de una extensa revisión bibliográfica y de las diversas consultas realizadas como parte de la iniciativa.

Gráfico 2. Listado de atributos esenciales de las RISS según ámbito de abordaje.



FUENTE: Elaboración propia.

Los atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud

POBLACIÓN Y TERRITORIO A CARGO DEFINIDOS Y AMPLIO CONOCIMIENTO DE SUS NECESIDADES Y PREFERENCIAS EN CUESTIONES DE SALUD, QUE DETERMINAN LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

La función principal de las RISS es proveer servicios de salud integrales a la población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Para lograr lo anterior, las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad. Las 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 ⁽⁶³⁾, promover acción inter-sectorial e intervenir en los determinantes sociales de la salud. El conocimiento de la población y el territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental. Para la recolección de datos, las RISS coordinan los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes. La meta es generar una base de datos sobre la comunidad capaz de ser actualizada, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud. Implica también la capacidad de elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud; recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.

UNA EXTENSA RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE PRESTA SERVICIOS DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, GESTIÓN DE ENFERMEDADES, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS, Y QUE INTEGRA LOS PROGRAMAS FOCALIZADOS EN ENFERMEDADES, RIESGOS Y POBLACIONES ESPECÍFICAS, LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS PERSONAS Y LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

Para lograr la prestación de servicios de salud integrales, las RISS cuentan con una amplia gama de establecimientos de salud que incluyen centros ambulatorios del primer nivel de atención, centros de enfermería, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación y centros hospitalarios. Las RISS disponen de todos los niveles de atención, proveen servicios electivos y de urgencia, y proporcionan cuidados agudos, de largo plazo y paliativos. Dado que su enfoque principal es mantener a la población sana, las

RISS se preocupan de enfatizar la entrega de servicios de salud pública y de promoción de la salud. Las RISS procuran asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y la proximidad geográfica a la población servida. Igualmente, las RISS se preocupan por atender tamaños poblacionales óptimos para facilitar el acceso a los servicios en oferta; garantizar estándares de calidad en aquellos servicios de especialidad cuyo nivel de calidad depende del volumen de entrega (por ejemplo cirugía cardíaca o trasplante); y maximizar las economías de escala para la operación de la red. Finalmente, las RISS se preocupan de integrar entre sí los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas²; los servicios de salud personales³; y los servicios de salud pública⁴. En situaciones donde los gestores de servicios de salud no cuentan con todos los niveles de atención ni con todos los servicios necesarios, la materialización de este atributo se puede lograr mediante la integración virtual con proveedores de distinta naturaleza.

UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIO QUE ABARCA A TODA LA POBLACIÓN Y SIRVE COMO PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA, QUE INTEGRA Y COORDINA LA ATENCIÓN DE SALUD, ADEMÁS DE SATISFACER LA MAYOR PARTE DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

En una RISS, el primer nivel de atención juega un papel clave en el funcionamiento adecuado de la red como un todo. El primer nivel de atención funciona como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales a 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 curso de vida. Es el componente de la red 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 primer nivel de atención desempeña además un papel muy importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención. También es el nivel más crítico para lograr la integración operativa de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones

2 Llamados también **programas verticales**.

3 **Servicios de salud personales** se refiere a servicios de salud dirigidos al individuo. Incluye servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, gestión de la enfermedad, rehabilitación, cuidados paliativos, cuidados agudos y cuidados de largo plazo, entre otros.(OPS/OMS. “Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas, lineamientos metodológicos”. Edición especial No. 9. Washington, D.C., Febrero, 2006).

4 **Servicios de salud pública** se refiere a servicios de salud dirigidos a la población en general. Incluye 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 salud ocupacional, entre otros (OPS. 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., 2002).

específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. En una RISS, el primer nivel no se limita a la provisión de los servicios de salud en los centros de salud. El personal multidisciplinario de salud puede moverse a través de toda la red de servicios y proveer cuidados en diferentes sitios tales como hogares, escuelas, lugares de trabajo y la comunidad en general. Del mismo modo, especialistas de distintas disciplinas pueden proveer servicios de salud en este nivel de atención.

Caja 2. Fortalecimiento del primer nivel de atención con base territorial.

El caso del Municipio de Curitiba, Brasil

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 vinculados a las unidades básicas de atención; 8 centros municipales de urgencias médicas; 8 unidades ambulatorias de especialidades; 1 laboratorio de análisis de muestras; y 24 hospitales contratados. La construcción de una base territorial para la red de atención de salud incluye: 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. En 1995 se dio un salto de calidad cuando comenzó a implementarse el Programa de Salud de la 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 curso 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. Como complemento a lo anterior, la Secretaria Municipal fortaleció los procedimientos de atención domiciliaria y desarrolló unidades de atención de urgencia de 24 horas. Por último, en el año 1993 la Secretaría Municipal de la Salud 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.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN EL LUGAR MÁS APROPIADO, QUE SE OFRECEN DE PREFERENCIA EN ENTORNOS EXTRA HOSPITALARIOS

El desarrollo de las RISS requerirá ajustes continuos en la oferta de servicios de salud como consecuencia de los cambios en las necesidades de salud de la población, en los niveles de recursos del sector y en los avances en materia de conocimientos científicos y tecnológicos en salud. Cuidado apropiado se refiere entonces a que la atención prestada se ajusta a las necesidades comunes de toda la población; a que la atención sea efectiva y basada en los mejores datos científicos disponibles; a que las intervenciones son seguras y que las personas no sufrirán daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo costo-efectividad). En este contexto, es preferible proporcionar servicios especializados en entornos extra-hospitalarios. Como resultado de lo anterior, las RISS están propiciando procesos de reingeniería de sus hospitales que involucran, por una parte, la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y hospital de día, el desarrollo de cuidados en el hogar y la creación de centros ambulatorios de especialidad, hospicios y hogares de enfermería, y por otra parte, la focalización del cuidado intrahospitalario en el manejo de pacientes que requieren cuidado agudo intensivo.



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

Uno de los desafíos más grandes de las 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, las situaciones que requieren de mayores niveles de coordinación asistencial se observan en problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias, y por lo tanto requieren de modelos de co-provisión de servicios. Los instrumentos o mecanismos de coordinación tradicionalmente utilizados por las organizaciones sanitarias se basan en la normalización de los procesos/resultados y la adaptación mutua. Las guías de práctica clínica y los protocolos de atención son ejemplos de instrumentos de coordinación basados en la normalización de los procesos. Este tipo de mecanismos pueden utilizarse 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. Por otra parte, la adaptación mutua, es decir, la coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en un mismo proceso asistencial, es más eficaz para coordinar la atención de problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias. Ejemplos de esta última forma de coordinación son los grupos de trabajo interdisciplinarios, los diseños organizacionales matriciales y la gestión de casos ⁽⁶⁴⁾.

Caja 3. Desarrollo de mecanismos de coordinación asistencial.

El Caso de la 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.). 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). 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. Se define 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). 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.

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

ATENCIÓN DE SALUD CENTRADA EN LA PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD, TENIENDO EN CUENTA LAS PARTICULARIDADES CULTURALES Y DE GÉNERO, Y LOS NIVELES DE DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN

Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida. Lo anterior significa también que los servicios de salud incorporan los enfoques interculturales y de género en el cuidado de la salud. Implica 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 proveedor y la persona ⁽⁶⁵⁾. Significa facultar a las personas para que gestionen mejor su salud mediante estrategias tales como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas o pacientes con respecto a la



atención sanitaria, el cual ha sido plasmado en algunos países en las denominadas “Cartas de los Pacientes”. Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario 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 último, significa también que las familias y las comunidades son, en sí mismas, receptoras y en ocasiones prestadoras de servicios de salud (ej. cuidados en el hogar), respetando las diversidades de género, culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de la comunidad.

UN SISTEMA DE GOBERNANZA ÚNICO PARA TODA LA RED

Las dimensiones de la gobernanza 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 órgano de gobierno único (gobierno corporativo) hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades. Los miembros del directorio definen la composición del órgano de gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran la red. La complejidad del gobierno de las RISS requerirá la presencia de miembros con gran dedicación y una preparación específica. Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno ⁽⁶⁶⁾. Por último, en países que dependen altamente de financiamiento externo (por ejemplo instituciones financieras y/o donantes externos), la función de gobernanza deberá incluir también la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de las RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud, buscando la integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas dentro del sistema de salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL AMPLIA

Las RISS desarrollan las capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red. La participación social puede tener distintos niveles de expresión, los que sucesivamente corresponden a: i) el intercambio de información, es decir, proporcionar información equilibrada a las personas que las ayude a entender el problema, las alternativas, las oportunidades y/o las soluciones; ii) la consulta, es decir obtener retroalimentación de las comunidades afectadas con relación al análisis, alternativas y/o decisiones; iii) el involucramiento, es decir trabajar directamente con las comunidades a través de un proceso que asegure que las inquietudes y aspiraciones del público sean consistentemente entendidas y consideradas; iv) la colaboración, es decir asociarse con las comunidades afectadas en cada aspecto de las decisiones, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida, y, finalmente, v) el empoderamiento, es decir asegurar que las comunidades tengan completo control sobre las decisiones claves que afectan su bienestar ⁽⁶⁷⁾.

ACCIÓN INTERSECTORIAL Y ABORDAJE DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD

Las RISS desarrollan vínculos con otros sectores para abordar los determinantes más “distales” de la salud y la equidad en salud. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con el sector público, con el sector privado y con organizaciones civiles tales como las organizaciones comunitarias, las organizaciones no-gubernamentales y las organizaciones de carácter religioso. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento y protección social, entre otros. Existen varios niveles de integración dentro de las acciones intersectoriales, las que van desde un simple intercambio de información para evitar programaciones que entran en conflicto con otros sectores, pasando por la coordinación, hasta lograr la integración de políticas públicas saludables con el objetivo de lograr una mayor armonización y sinergia entre los distintos sectores de la economía. Para ser exitosos en la colaboración intersectorial se requieren niveles crecientes de competencias técnicas, habilidades gerenciales y valores compartidos entre los sectores que se desean integrar. La coordinación con otros servicios se puede dar mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes y grupos de trabajo intersectoriales, entre otros.

GESTIÓN INTEGRADA DE LOS SISTEMAS DE APOYO CLÍNICO, ADMINISTRATIVO Y LOGÍSTICO

Los arreglos de gestión de la red 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.). Las RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional. Los cambios de gestión incluyen el traspaso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de servicios, propiciando la creación de estructuras organizacionales matriciales y líneas de servicio clínico ⁽⁶⁸⁾. Las RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención con el objetivo de promover una cultura de excelencia clínica a través de toda la red. Por otra parte, las RISS buscan centralizar e integrar las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías médicas para racionalizar la incorporación de éstas. Finalmente, las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logístico tales como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de citas médicas.

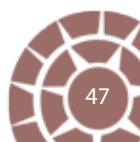
RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES, COMPROMETIDOS Y VALORADOS POR LA RED

Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. El número, distribución y competencias de estos recursos humanos se traducen directamente en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de la red. Desde el punto de vista del manejo de personal, las RISS examinan el papel del personal de la salud desde la perspectiva de la salud pública y la respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de

conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad y gestión de redes). En una RISS, la mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multidisciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un individuo específico (trabajador multipropósito). Las RISS requieren la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red. Por último, la cultura organizacional es otro de los factores básicos que influye 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 QUE VINCULA A TODOS LOS MIEMBROS DE LA RED, CON DESGLOSE DE LOS DATOS POR SEXO, EDAD, LUGAR DE RESIDENCIA, ORIGEN ÉTNICO Y OTRAS VARIABLES PERTINENTES

El sistema de información de la RISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red. Todas las unidades operativas afiliadas a la red 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 de la red y debe proporcionar información sobre la situación de salud de la población servida (incluida información sobre los determinantes de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; información operacional sobre la trayectoria del paciente independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica; información sobre la satisfacción de los usuarios; e información económica (facturación, tipo de afiliación, costos, etc.). Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son un sistema de integración de aplicaciones que vincule los diferentes sistemas dentro de la red; un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros de la red que preserve la confidencialidad de la información ⁽⁶⁹⁾.



Caja 4. La importancia de los sistemas de información integrados.

El caso de Kaiser Permanente, U.S.A.

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 la adherencia 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 costos 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.

FUENTE: Porter M, Kellog M. Kaiser Permanente: una experiencia en atención sanitaria integrada: estudio de caso. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2008, Vol. 1, N. 1. www.risai.org

GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS

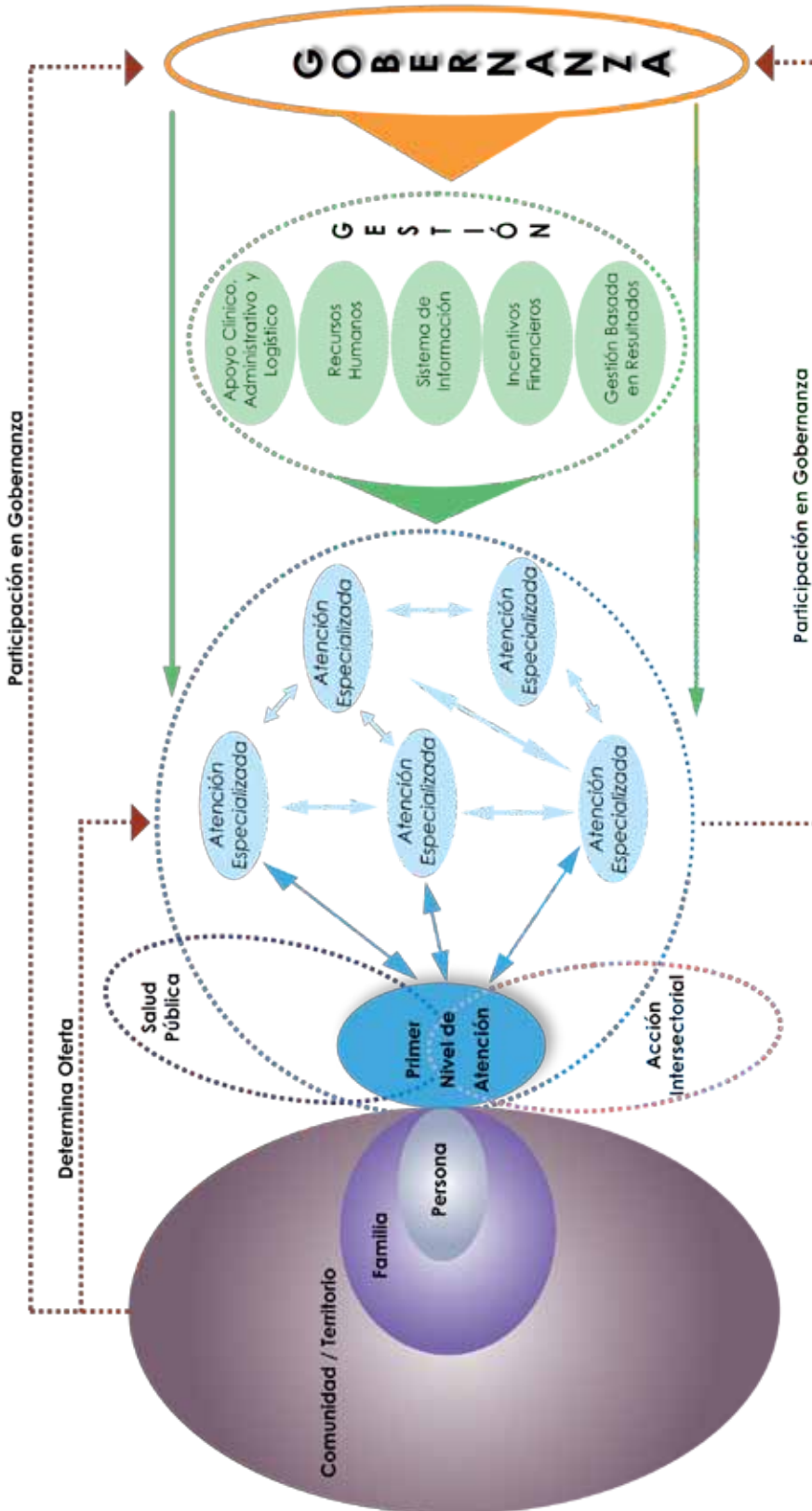
La Gestión Basada en Resultados (GBR) corresponde a una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos. La GBR provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS tales como prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política. Corresponde también a una estrategia de gestión amplia orientada a lograr cambios importantes en la forma en que las instituciones operan, con mejoras en el desempeño y el logro de resultados como su orientación central, al definir resultados esperados realistas, monitoreando y evaluando el progreso hacia el logro de los resultados esperados, integrando las lecciones aprendidas dentro de las decisiones de gestión y reportando el desempeño ⁽⁷⁰⁾. El monitoreo y la evaluación del desempeño de las RISS presenta grandes desafíos técnicos, como son la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico y la escasa disponibilidad y comparabilidad de datos. Por último, es importante que las RISS realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud o contribuir a las evaluaciones de desempeño y resultados de la red. Para realizar lo anterior, las RISS pueden desarrollar capacidades propias y/o contratar servicios con entidades especializadas en investigación.

FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED

Las RISS implementan un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente. Para ello, el sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa— hospitales, equipos del primer nivel de atención, etc.— tanto de los costos directos, como de los costos que genera 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 de la red. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial (por ejemplo, el pago por acto, pago por servicio o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales ⁽⁷¹⁾. En respuesta a lo anterior, las RISS han ido introduciendo mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial como por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo ⁽⁷²⁾.

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

Figura 3. Representación gráfica de los atributos esenciales de las 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.

FUENTE: *Elaboración propia.*

Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas

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 causas 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. Como se podrá apreciar, en la realidad ningún sistema corresponde totalmente a un tipo particular de red (I, II o III). Lo más probable es que la red de servicios 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 una misma red coexistan distintos atributos en distintos niveles de progresión. La utilidad de la tabla de progresión es poder identificar, en el contexto del total de atributos de una RISS, los atributos que requieren de mayor prioridad de intervención (ver tabla 3).

Tabla 3. Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas.

Ambito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud		
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada
Modelo asistencial	1. Población y territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud
	2. Oferta de servicios	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública
	3. Primer nivel de atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población
	4. Atención especializada	Acceso desregulado a especialistas	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios
	5. Coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
	6. Foco de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio

Ambito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud		
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada
Gobernanza y estrategia	7. Gobernanza	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras	Un sistema de gobernanza único para toda la red
	8. Participación	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia
	9. Intersectorialidad	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial mas allá de los sectores sociales
Organización y gestión	10. Gestión de apoyo	Gestión de apoyo desintegrada	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
	11. Recursos humanos	Insuficientes para las necesidades de la red	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
	12. Sistemas 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 de la red, con datos desglosados según variables pertinentes
	13. Desempeño y resultados	No hay medición de desempeño y resultados	Medición de desempeño centrado en insumos y procesos	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios
Sistema de asignación e incentivos	14. Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo

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 decisores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudarlos en la conformación de las RISS. La pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación, tema que será discutido en la siguiente sección de este capítulo. En todo caso, sea cual fueren los instrumentos o mecanismos utilizados, estos siempre deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un referente jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible.

El Apéndice C de este documento presenta un listado de opciones de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales que se pueden emplear para implantar RISS. Este listado de opciones ha sido construido sobre la base de la revisión bibliográfica, la opinión de expertos y las recomendaciones de las consultas técnicas. El objetivo de este documento no es desarrollar cada instrumento o mecanismo de integración en forma particular, sino más bien presentar un universo amplio de posibilidades que ayuden en la identificación de opciones que tendrán que desarrollarse posteriormente. La disponibilidad de evidencias que respalda las opciones

planteadas es muy variada. Su inclusión en la lista debe ser vista en términos de posibilidades, y no necesariamente en términos de recomendaciones basadas en la evidencia.

Para propósitos de este documento, se han agrupado los instrumentos y mecanismos referidos en dos grupos principales: uno sobre instrumentos de política y otro sobre mecanismos institucionales. El primer grupo está orientado a decisores 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 decisores de política y gestores/prestadores de servicios no es tan marcada, particularmente en situaciones donde no hay separación de funciones en el 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 pública representan las formas y medios (estrategias y recursos) que los gobiernos utilizan para lograr sus metas y objetivos y comprenden instrumentos jurídicos, formación de capacidades de otros, impuestos y tarifas, gastos y subsidios, y la exhortación e información. Para presentar las opciones de instrumentos de política pública en el Apéndice C, 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. Ejemplos de la aplicación de algunos de estos instrumentos específicos al tema de RISS incluyen: a) la asignación de la población que se atenderá sobre la base del territorio; b) la planificación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población; c) la definición de una cartera integral de servicios de salud; d) la normalización del modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad; e) la normalización del enfoque intercultural y de género en los servicios, lo que abarca la utilización de la medicina tradicional; f) la sensibilidad hacia la diversidad de la población; g) la normalización de la puerta de entrada al sistema; h) la regulación del acceso a la atención especializada; i) las guías de práctica clínica; j) las políticas de formación y gestión de los recursos humanos compatibles con las RISS; k) el pago per cápita ajustado según condiciones de riesgo de la población; l) las políticas públicas integradas entre distintos sectores, y m) la colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en salud.

MECANISMOS INSTITUCIONALES

Los mecanismos institucionales son los que se pueden establecer en las instituciones gestoras/prestadoras de servicios de salud, y pueden agruparse en vías clínicas y vías no clínicas (73). Las vías clínicas corresponden a los mecanismos relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha, e incluyen, por ejemplo: a) los equipos multidisciplinarios; b) la rotación de personal entre los niveles de atención; c) la historia clínica única (electrónica); d) las guías de referencia y contrarreferencia; e) la gestión de casos; f) la telesalud; y, g) el autocuidado y cuidados en el hogar, debidamente apoyados y remunerados. Por otra parte, las vías no clínicas se refieren a los mecanismos de apoyo al proceso asistencial e incluyen: a) la misión y visión de la organización compartidos; b) la planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación del desempeño compartidos; c) la definición de funciones y responsabilidades de cada componente de la red como parte del continuo de prestación de servicios de salud; d) la participación del personal de salud y los usuarios en la gobernanza; e) los diseños organizacionales matriciales; f) las centrales de regulación únicas de visitas; g) los sistemas de apoyo clínico y logístico compartidos; h) el identificador (código) de usuario único; i) los equipos de asistencia social para la coordinación intersectorial; y j) las estrategias de compra de servicios (o compromisos de gestión) que promueven la integración de los servicios de salud. Como se ha señalado anteriormente, 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 Apéndice C.

La pertinencia de los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles con base en 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 las 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” en la prestación de los servicios, los que 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 exista la decisión política de avanzar en la integración virtual de los servicios, estos sistemas deben concentrarse en desarrollar sistemas de gobernanza, gestión, información y coordinación asistencial compartida entre los sub-sistemas. En el plano de lo corporativo, los distintos sub-sistemas pueden establecer relaciones virtuales a través de alianzas estratégicas, acuerdos o contratos entre las partes. En lo operativo, los esquemas de integración entre distintos sub-sistemas públicos pueden construirse fundamentalmente a partir 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 Y ACCESO UNIVERSALES

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de acceso a servicios, bienes y oportunidades de salud para un segmento específico de la población 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 primer 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 para mejorar economías de escala, particularmente para optimizar los sistemas de apoyo clínico como la 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 entre 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 pros y contras 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 caputivo. 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 las RISS ha aportado lecciones valiosas que ayudan a formular una estrategia exitosa de ejecución. Entre las lecciones más importantes cabe destacar: a) los procesos de integración son difíciles, complejos y de muy largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política; y, d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema ⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾⁽⁷⁶⁾⁽⁷⁷⁾.

El desarrollo de RISS no es fácil debido a que la mayoría de los sistemas no pueden dismantelar totalmente sus estructuras y reemplazarlas de forma inmediata con nuevas estructuras compatibles con las RISS. Por lo tanto, los esfuerzos de reestructuración deben comenzar desde las estructuras existentes ⁽⁷⁸⁾. Las estructuras organizacionales existentes tienden a crear o perpetuar barreras al desarrollo de las 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 la comunidad. La implementación de las RISS generará resistencias al cambio, las cuales pueden ser de orden individual u

organizacional. En lo 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. En lo 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.

Por otro lado, la revisión bibliográfica y las lecciones extraídas de estudios de caso comisionados por OPS permiten identificar una serie de barreras y facilitadores de la integración de servicios de salud, las cuales se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Barreras y facilitadores de la conformación de RISS.

Barreras	Facilitadores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Segmentación y debilidad institucional del sistema de salud, incluyendo debilidad en la función rectora del sistema. 2. Reformas sectoriales de los años 80s y 90s (privatización del aseguramiento de la salud; carteras de servicios de salud diferenciadas entre distintos aseguradores; competencia entre proveedores para la captación de recursos; diversificación y precarización de regímenes laborales del personal de salud; y esquemas regresivos de recuperación de costos). 3. Grupos de intereses opuestos de gran poder (especialistas y ultra especialistas; aseguradoras; industria de medicamentos, insumos, etc.). 4. Modalidades de financiamiento externo que privilegian programas verticales. 5. Deficiencias de sistemas de información, monitoreo y evaluación. 6. Debilidades de gestión. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso y apoyo político de alto nivel para el desarrollo de las RISS. 2. Disponibilidad de recursos financieros. 3. Liderazgo de la autoridad sanitaria y los gestores de servicios. 4. Desconcentración y flexibilidad de la gestión local. 5. Incentivos financieros y no financieros alineados con el desarrollo de RISS. 6. Cultura de colaboración y trabajo en equipo. 7. Participación activa de todas las partes interesadas. 8. Gestión basada en resultados.

FUENTE: Montenegro, H; Ramagem, C. Presentación "Experiencias y lecciones aprendidas en la Región de las Américas: estudios de caso". Reunión regional de consulta: redes integradas de servicios de salud y programas verticales. Cusco, Perú, 11 y 12 de noviembre del 2009.

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

La amplia gama de contextos de los sistemas de salud impide que se hagan recomendaciones regionales rígidas y demasiado específicas para la creación de las RISS. Cada país o realidad local deberá formular su propia estrategia para la implantación de las RISS, de acuerdo con sus circunstancias políticas, recursos económicos, capacidades administrativas, y las lecciones aprendidas en el pasado. A pesar de lo expuesto, la iniciativa de RISS exige contar con una “hoja de ruta” que, sin desconocer las distintas realidades de los países, permita establecer algunas áreas prioritarias de acción y disponer de un cronograma general de ejecución. Con respecto a las prioridades de cooperación técnica de la OPS, las consultas con los países han puesto de relieve las siguientes prioridades de cooperación: a) sistemas de información (atributo 12), b) gobernanza (atributo 7), c) gestión de apoyo (atributo 10), d) financiamiento e incentivos (atributo 14), e) primer nivel de atención (atributo 3), f) recursos humanos (atributo 11), g) mecanismos de coordinación asistencial (atributo 5) y h) foco de la atención (atributo 6). También constituyen componentes fundamentales de la cooperación técnica el incentivo a la investigación operativa, la evaluación continua de experiencias y prácticas y la diseminación de conocimientos científicos sobre RISS.

Con respecto al cronograma de ejecución, la primera fase de la iniciativa (2009-2010) corresponderá a la fase de identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y a la elaboración de planes nacionales para el desarrollo de las RISS. La segunda fase (a partir del 2010) corresponderá a la ejecución de los planes nacionales y su evaluación continua. Para esto, la OPS asignará prioridad a los países que hayan programado la creación de las RISS dentro de sus respectivos planes de trabajo bianuales.

La iniciativa de las RISS se enmarca dentro del Objetivo Estratégico No. 10 del Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS, y, más específicamente, apoya el logro del resultado previsto a nivel regional 10.2, que dice “Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos”. El avance regional de la iniciativa se evaluará mediante el indicador 10.2.2 del Plan Estratégico, es decir: “Número de países que han adoptado las recomendaciones de



políticas de la OPS para integrar la redes de prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos”. La línea de base de este indicador para el año 2007 era de 3 países, y las metas para los años 2009, 2011 y 2013 corresponden a 8, 10 y 13 países, respectivamente ⁽⁷⁹⁾. Por otro lado, el avance a nivel de los países se evaluará sobre la base de los indicadores de progreso establecidos en cada plan nacional, acordes con cada realidad particular.

Por último, la OPS ha logrado consolidar el apoyo de otros socios para la iniciativa, entre los que se encuentran el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio de Salud y de Atención Social de Cataluña (CSC), la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través del Fondo España-OPS. En todo caso, la OPS buscará ampliar el número de socios en los próximos años.

APÉNDICE A

Glosario de Términos

Amplitud de Integración: Número o conjunto de funciones y servicios diferentes que proporciona el sistema a lo largo del continuo de servicios de salud (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

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 (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

Continuidad de la Atención: corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud (Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003; 327(7425):1219–1221).

Cuidado Apropriado: se refiere a atención ajustada a las necesidades en salud de toda la población; atención efectiva y basada en la mejor evidencia científica disponible; a intervenciones seguras y que no causen daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo costo-efectividad). (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Curso de vida: Enfoque basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad, dependen de la interacción de múltiples factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Por lo tanto, cada etapa de vida influencia a la siguiente. Los factores se refieren a características ambientales, biológicas, conductuales, psicológicas y acceso a servicios de salud. Este enfoque provee una visión más comprehensiva de la salud y sus determinantes, que exhorta al desarrollo de servicios de salud más centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida (Modificado de Lu M, Halfon N. Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective. Mat and Chil Health J 2003; Vol 7, No. 1:13-30).

Economías de Escala: en muchas industrias al incrementar la producción el costo promedio de cada unidad disminuye. Esto obedece a que los costos de producción y otros costos fijos se distribuyen sobre un mayor número de unidades. (<http://www.economist.com/research/economics/searchActionTerms.cfm?query=economies+of+scale>).

Economías de Producción Conjunta: se refiere a la producción de más de un producto por una misma industria, los costos de producción pueden disminuirse compartiendo insumos de capital. También puede ser una decisión lógica cuando hay relación entre varios productos o cuando el proceso de producción es lo suficientemente flexible para permitir formas distintas de producción. (<http://social.jrank.org/pages/2256/joint-production.html>">joint production - economies of scope)

Equidad en Salud: se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. (OPS. 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; 2007).

Fragmentación (de servicios de salud): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007). Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y d) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

Funciones Esenciales de Salud Pública: Las funciones de la autoridad sanitaria en materia de: 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 (OPS. 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., 2002).



Gestión de la Enfermedad: 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 requieren una atención intensiva o de elevado costo, 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).

Gestión de Casos: 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 sus familias 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).

Gobernanza: tiene que ver primordialmente 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 para 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).

Guías de Práctica Clínica: 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, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002).

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 (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

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 o estandarizadas. Integración funcional tampoco significa que todas las funciones y actividades deben reorganizarse simultáneamente, sin embargo, algunas como la planificación estratégica deben comenzarse lo antes posible (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

Integración Horizontal: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

Integración Personal de Salud-Sistema: 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. (Modificado de Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

Integración Real: Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema, es decir, la propiedad unificada de los activos (Satinsky MA. The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc., 1998).

Integración Vertical: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción 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 (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6).

Integración Virtual: Integración a través de relaciones 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 (Satinsky MA. The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc, 1998).

Líneas de Servicios Clínicos: Son arreglos organizacionales basados más en productos que en recursos. La organización sobre la base de productos 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).

Mapas de Atención: 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).

Primer Nivel de Atención: En este documento se ha preferido usar el término primer 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 amplio para la organización y operación del sistema de salud como un todo, y no solamente la provisión de servicios de salud del primer 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).



Profundidad de Integración: Número de unidades diferentes que posee un sistema para proporcionar una determinada función o servicio. (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993;36(2):20-6).

Red de Servicios: se refiere fundamentalmente a: a) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; b) organización jerárquica según niveles de complejidad; c) un referente geográfico común; d) el comando de un operador único; e) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y f) un propósito común. (Montenegro, H. Presentación "Organización de sistemas de servicios de salud en redes". Foro internacional de redes de servicios y ordenamiento territorial en salud. Bogotá, Colombia, 11-13 de junio del 2003).

Red Integrada de Servicios de Salud: una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales 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. (Modificado de Shortell, SM; Anderson, DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993; 36(2):20–6).

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, e incluye servicios tales como 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 (Organización Panamericana de la Salud. 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; 2007).

Segmentación (de sistemas de salud): Sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos 'especializado' en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades



públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)". (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, DC: OPS; 2007).

Servicios de Salud Integrales: se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida (Modificado de WHO. Integrated health services –what and why? Technical Brief No. 1, May 2008).

Servicios de Salud Personales: Servicios de salud dirigidos al individuo. Incluye, entre otros, servicios de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación, cuidados paliativos, cuidados agudos y cuidados de largo plazo (OPS/OMS. Análisis del sector salud, una herramienta para viabilizar la formulación de políticas, lineamientos metodológicos. Edición especial No. 9. Washington, D.C., Febrero, 2006).

Servicios de Salud Pública: Servicios de salud dirigidos a la población en general. Incluye, entre otros, 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 salud ocupacional (OPS. 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., 2002).

Sistema de Salud: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud (WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000).

Sistema de Salud Basado en la APS: 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 (OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007).

Substitución de Servicios: 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, 1996).

Unidad Operativa: Término genérico que se usa indistintamente para referirse a establecimiento de salud, departamento clínico o servicio clínico. (Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993;36(2):20-6).

APÉNDICE B

Consultas Nacionales, Subregionales y Regionales Sobre RISS

Durante el período de Mayo de 2008 a Noviembre de 2008 la OPS/OMS realizó una serie de consultas técnicas sobre el documento de posición de 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 fueron: 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.

Finalmente, en Noviembre de 2008, se realizó la Consulta Regional sobre RISS en Belo Horizonte, Brasil. Los objetivos de la consulta fueron: i) Intercambiar experiencias internacionales sobre RISS; ii) Validar el documento de OPS/OMS titulado: “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” (Versión 28 de Octubre de 2008); y iii) Realizar visitas de campo a experiencias de RISS en Belo Horizonte y Janaúba, Estado de Minas Gerais, Brasil. La Consulta consistió en la realización de un taller de tres días de duración, con la participación de más de 100 expertos nacionales e internacionales en el tema, los que incluyeron representantes del Ministerio de Salud, Seguridad Social y/o otras aseguradoras públicas y/o privadas, gestores de servicios de salud, prestadores de servicios de salud, y otros actores relevantes. Tal como ocurrió en las consultas anteriores, las discusiones del documento de OPS/OMS sobre RISS se realizaron sobre la base de un cuestionario pre-establecido.

A continuación se detallan las consultas efectuadas para la validación técnica de este documento.

Lugar de encuentro	Fecha de encuentro	Países participantes
Quito, Ecuador	1ro de Mayo de 2008	Ecuador
Santiago, Chile	14 de Mayo de 2008	Chile
Ciudad 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
Belice City, Belice	14 de Octubre de 2008	Belice
Montevideo, Uruguay	16-17 de Octubre de 2008	Uruguay
Bridgetown, Barbados	23-24 de Octubre de 2008	Anguilla, Antigua y Barbuda, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Grenada, Montserrat, St. Kitts y Nevis, St. Lucia y St. Vincent
La Habana, Cuba	23 de Octubre de 2008	Cuba
Saint Clair, Trinidad y Tobago	30 de Octubre de 2008	Trinidad y Tabago
Ciudad de México, México	3 de Noviembre de 2008	México
Belo Horizonte, Brasil	17-19 de Noviembre de 2008	30 países de las Américas

APÉNDICE C

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 las RISS, las cuales se han organizado de acuerdo a los atributos esenciales de las RISS. Al respecto, y para facilitar su lectura, la matriz ha sido organizada de la siguiente forma:

- Para evitar repeticiones innecesarias, cada instrumento o mecanismo posible es mencionado en una sola oportunidad, aún cuando el instrumento o mecanismo pudiera listarse en más de una categoría de clasificación (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 o mecanismo institucional o atributo de las RISS.

Matriz de opciones de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales disponibles para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud.

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar población a servir con base territorial • Estratificar la población asignada según riesgo y vulnerabilidad • Normalizar desagregación de la información de salud a nivel de sub-poblaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar herramientas de diagnósticos de situación de salud (registros vitales, vigilancia, estudios epidemiológicos, evaluaciones comparativas, evaluaciones corporativas, 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 		

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir un conjunto de prestaciones/servicios lo más amplio posible, incluyendo parámetros de calidad de la atención Normalizar tamaño mínimo poblacional para el funcionamiento de la red de servicios de acuerdo a criterios de eficiencia, economías de escala y equidad Acreditar redes de servicios integrados (como alternativa a la acreditación de establecimientos individuales) Establecer un marco jurídico apropiado para las RISS que facilite por ejemplo las consolidaciones, fusiones, formación de alianzas y la movilidad de personal al interior de la red 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular la integración de prestadores a través de incentivos financieros y no-financieros para la formación de redes integradas Desarrollar planes de inversión en infraestructura de acuerdo con las RISS, fundamentados en estudios de oferta (optimizada) y demanda (proyectada) Proveer 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, ejerciendo en el mismo establecimiento 		

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la puerta de entrada al sistema a través del primer nivel de atención • Normalizar prestación de servicios personales y servicios de salud pública en forma conjunta • Normalizar la calificación del personal de salud del primer nivel de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la formación de personal de primer nivel a través de subsidios para su formación o por oferta educativa directa • Nivelar salarios del personal del primer nivel de atención con el 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 primer nivel de atención • Acabar con los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo para los servicios del primer nivel de atención, especialmente para servicios de fomento y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizar al equipo de primer nivel por un grupo poblacional/comunidad definido • “Especializar” el cuidado del primer nivel de atención a través del empleo de médicos y enfermeras generalistas, integralistas o de familia/comunidad • Implementar equipos multidisciplinarios • Incorporar especialistas al equipo de primer nivel de acuerdo a necesidades de salud (nutricionistas, fisioterapeutas, asistentes sociales, dentistas, pediatras, gineco-obstetras, internistas, etc.) • Potenciar capacidad diagnóstica y terapéutica del primer 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 primer nivel de atención 	

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar la conformación de redes de servicios de salud de base regional (en oposición a redes de base hospitalaria) • Normalizar niveles de atención con base a criterios demográfico-epidemiológicos, de equidad, de eficiencia, de economías de escala y de disponibilidad de recursos • Regular el acceso a especialistas • Regular el acceso al cuidado intra-hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ampliación de la oferta de camas hospitalarias sobre la base de estudios de oferta y demanda • 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 		

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar Guías de Práctica Clínica (GPC) para toda la red • Normalizar que el primer nivel de atención sea el coordinador de la atención asistencial • Acreditar, auditar y evaluar cumplimiento de las GPC 		<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica única • Mapas de atención, trayectorias clínicas y protocolos • Guías de referencia y contrarreferencia a nivel inter-institucional • Clasificar referencias según riesgo y prioridad de atención • 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 • Telesalud 	

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar carta de derechos de atención de las personas/pacientes • Establecer mecanismos jurídicos para que las personas puedan hacer exigibles sus derechos de atención • Normalizar modelos de atención centrados en las personas, la familia y la comunidad/territorio • Normalizar modelos de atención con enfoque intercultural y de género 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular y desarrollar la educación para la salud • Incorporar agentes comunitarios de la salud • Incorporar modelos de cuidados en el hogar o comunitarios • Incorporar la medicina tradicional y la medicina alternativa • Incorporar esquemas de autocuidado y autogestión de la enfermedad • Clasificar individuos, familias y comunidad según riesgos • Incorporar esquemas de participación de las personas en decisiones clínicas que las involucren 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al personal de salud sobre los derechos de atención a la salud de las personas/pacientes, y sobre los nuevos modelos de atención

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Un sistema de gobernanza único para toda la red	<ul style="list-style-type: none"> • Crear instancia de gobernanza de la red 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 • Normalizar estructuras de gobernanza corporativa única para toda la red (director ejecutivo o directorio corporativo) • Conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a director ejecutivo/directorio en gestión de redes • Rotar miembros del directorio por las distintas unidades operativas del sistema • Educar a la población y a los prestadores de salud sobre los beneficios de las redes integradas 		<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar misión, visión, valores y objetivos de la red como un todo en forma participativa • Realizar planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño en forma compartida por toda la red • Consensuar sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la red, con metas para la totalidad de la red, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Participación social amplia	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar instancias de participación social en la gestión de los servicios de salud 			<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar al personal de salud en la gobernanza y la gestión de la RISS • Involucrar a la comunidad en la gobernanza y la evaluación de desempeño de las RISS • Realizar encuestas de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación e implementación conjunta de políticas públicas entre los diferentes sectores • Marco jurídico apropiado para la acción intersectorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar programas de acción conjunta intersectorial • Financiar esquemas de prestación de servicios de salud/sociales integrados 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar acciones de salud a nivel del hogar, la comunidad, las escuelas y los lugares de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear equipos de asistencia social

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	<ul style="list-style-type: none"> • Crear instancia de gestión ejecutiva de la red a nivel regional, o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio) 			<ul style="list-style-type: none"> • Implementar diseños organizacionales matriciales (entre líneas productivas basadas en productos/servicios y líneas basadas en responsabilidad geográfica o de poblaciones) • Asegurar los aspectos gerenciales de estructura, planificación y coordinación de los esfuerzos de mejora de la calidad • Elaborar contratos, contratos-programa y/o compromisos de gestión con metas de integración clínica/administrativa al interior de la red • Instaurar centrales de regulación (citas) única para los usuarios • 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 compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos al interior de la red • Compartir sistema de transporte sanitario • Compartir sistema de compra de equipos, etc.

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red</p>	<ul style="list-style-type: none"> Políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red Flexibilizar requerimientos de certificación y recertificación del personal de salud de modo de facilitar reasignaciones dentro de la red 	<ul style="list-style-type: none"> 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 las redes (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.) 		<ul style="list-style-type: none"> Propiciar formación de equipos de trabajo multidisciplinarios y trabajadores multipropósito Capacitar al personal para crear una fuerza de trabajo flexible que pueda ser utilizada a través de todos los sitios de atención Implementar programas de capacitación del personal en forma integrada

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
<p>Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar sistemas de información de base poblacional • Normalizar sistemas de información que desagreguen información de acuerdo a sub-grupos poblacionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir información sobre el desempeño de las RISS para todos los miembros de la red, incluida la comunidad. • Capacitar a decisores de política, gestores y prestadores en el análisis de datos de modo de generar información y conocimiento para la acción • Monitorear desempeño de las RISS sobre la base de tarjetas de reporte ("Scorecard") que incluyan variables financieras, de acceso, de calidad y de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica única electrónica • Identificador (código) común y único del beneficiario para toda la red (tanto para datos clínicos como para datos administrativos) • Informatizar toda la información clínica de los usuarios • Implementar sistemas de orientación a la decisión clínica • Disponibilizar sistemas de consulta en línea para los usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Gestión basada en resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar procesos de rendición de cuentas sobre el desempeño de la red 	<ul style="list-style-type: none"> • Vincular sistema de asignación de recursos con procesos de evaluación de desempeño 		<ul style="list-style-type: none"> • Definir resultados esperados realistas para el desempeño de la red como un todo • Implementar sistemas de monitoreo y evaluación de desempeño • Evaluar lecciones aprendidas e incorporar en prácticas clínicas y gestión de la red • Vincular procesos de compensación del personal de salud con evaluación de desempeño • Instaurar sistemas de incentivos de buen desempeño para trabajo en equipo • Realizar y/o contratar investigaciones operativas mixtas (entre varias unidades operativas) al interior de la red

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar incentivos financieros para la integración de la red (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 primer nivel de atención y otros servicios ambulatorios no hospitalarios • Implantar mecanismos de remuneración del personal de salud de modo que compartan el riesgo financiero con respecto al desempeño de la red 		<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar incentivos financieros para el cumplimiento de las metas en salud, la integración de la red como un todo y la prestación de servicios en el lugar más costo-efectivo • Integrar el sistema de presupuestación de toda la red • Instaurar modalidad de centros de costos

APÉNDICE D



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO **61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

CD49.R22 (Esp.)
ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CD49.R22

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud* (documento CD49/16), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone el establecimiento de redes integradas de servicios de salud para abordarlo;

Preocupado por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Conciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud basadas en la atención primaria de salud (APS) como estrategia fundamental para logro de las metas nacionales e internacionales de salud, entre otras las estipuladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas, y la acción intersectorial, entre otros;

Conciente de que las redes integradas de servicios de salud mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la atención inadecuada, reducen la fragmentación de la atención de salud, evitan la duplicación de la infraestructura y los servicios, disminuyen los costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades;

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017; y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que enfatizan la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:

- a) a que tomen conciencia del problema de la fragmentación de los servicios de salud en el sistema de salud, y si fuera el caso, en los subsistemas que lo componen;
- b) a que propicien un diálogo con todos los actores pertinentes, en particular con los proveedores de servicios de salud y las personas que realizan el trabajo de cuidados en los hogares y la comunidad en general, acerca del problema de la fragmentación de los servicios y las estrategias para abordarla;
- c) a que elaboren un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país;

- d) a que promuevan la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la creación de las redes integradas de servicios de salud;
- e) a que lleven a la práctica y evalúen periódicamente el plan nacional de acción para el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

2. Solicitar a la Directora:

- a) que apoye a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para la creación de redes integradas de servicios de salud;
- b) que promueva la creación de redes integradas de servicios de salud a nivel de las fronteras comunes, lo que incluye, cuando corresponda, esquemas de cooperación y de compensación de los servicios entre distintos países (o “servicios compartidos” en el caso del Caribe);
- c) que formule marcos conceptuales y analíticos, herramientas, metodologías, así como guías que faciliten el establecimiento, ejecución, vigilancia y evaluación de las redes integradas de servicios de salud;
- d) que elabore, junto con las partes interesadas, un documento de orientación para la puesta en marcha de las redes integradas de servicios de salud;
- e) que apoye la formación y la gestión de los recursos humanos de salud compatibles con el establecimiento de redes integradas de servicios de salud, incluso de las personas que no reciben remuneración y que prestan cuidados de salud en el hogar y la comunidad;
- f) que movilice recursos en apoyo al establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región, lo que abarca la documentación de buenas prácticas y el intercambio de experiencias exitosas entre países;
- g) que elabore un marco de auditoría y evaluación, que incluya indicadores de desempeño y mecanismos de vigilancia, a fin de evaluar los planes de acción y el avance de la puesta en marcha de las redes integradas de servicios de salud;
- h) que promueva un diálogo con la comunidad de organismos de cooperación/donantes internacionales con el objeto de que cobren conciencia acerca del problema de la fragmentación de los servicios de salud y busque su apoyo para el establecimiento de redes integradas de servicios de salud en la Región.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Roses, M. (2007). Palabras de cierre de la “Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de alma ata a la declaración del milenio: Buenos Aires 30/15”. Viernes 17 de agosto, 2007. Buenos Aires, Argentina.
- 2 World Health Organization (2007). Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: who’s framework for action. Geneva: World Health Organization.
- 3 Organisation for Economic Co-operation and Development (2007). Improved health system performance through better care coordination. Health working papers. OECD Health working paper No. 30.
- 4 Unger, JP; De Paepe, P.; Ghilbert, P.; Soors, W. Green, A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. (2006). International Journal of Integrated care Vol. 6, 18, 18 Sept. 2006.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 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.
- 9 WHO (2009). Resolution WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening. (Eighth plenary meeting, 22 May 2009 – Committee A, third report). Geneva: WHO.
- 10 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.
- 11 World Health Organization (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- 12 PAHO/WHO (2007). Health in the Americas, 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- 13 Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
- 14 Banco Interamericano de Desarrollo. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América latina. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
- 15 Vilaça Mendes, E. (2009) As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG.
- 16 WHO (2007). Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. Geneva: WHO.

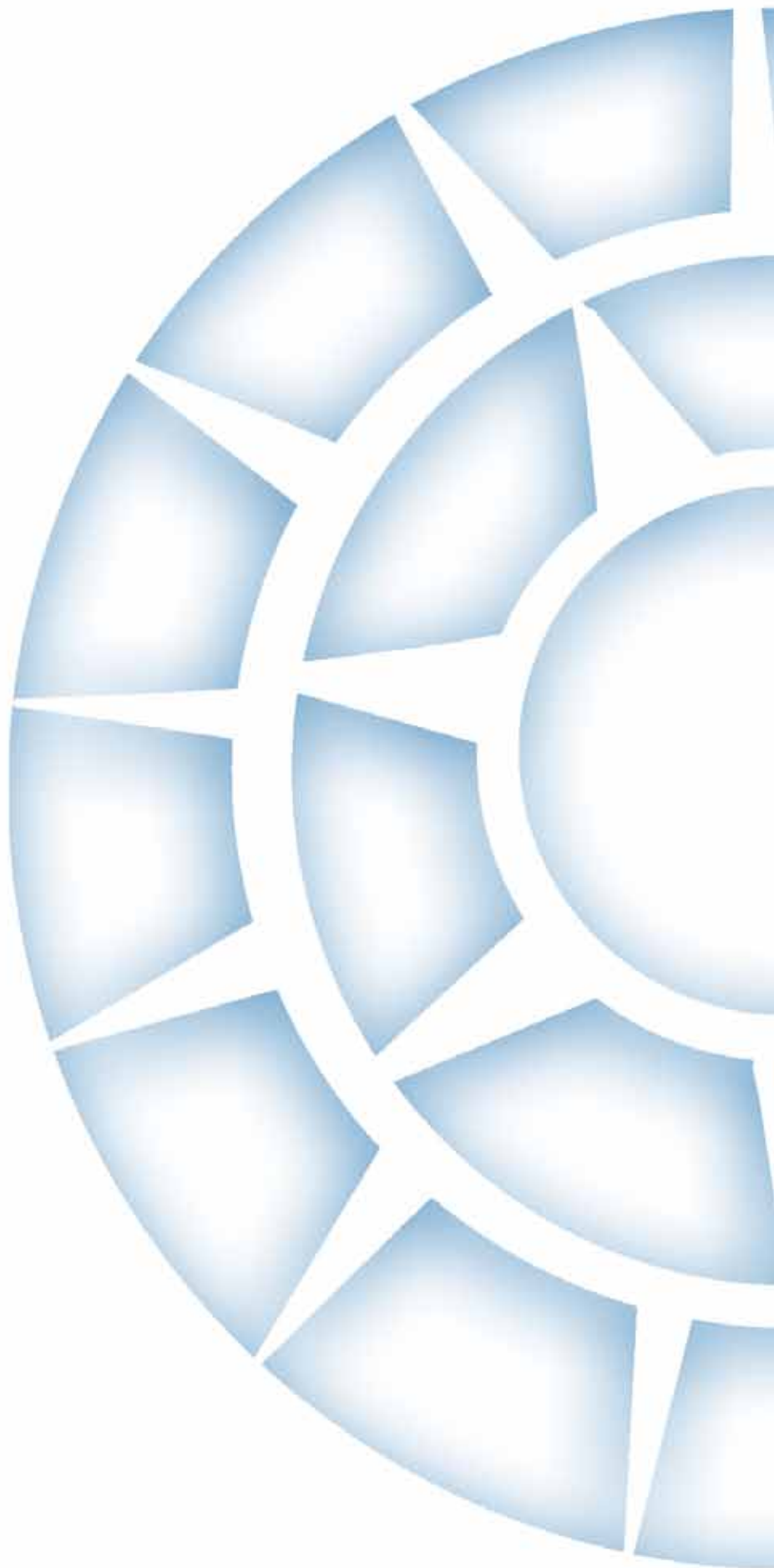


- 17 WHO (2000). The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO.
- 18 WHO (2008). The World health report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO.
- 19 OPS/OMS (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América latina y el caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- 20 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. Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- 21 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.
- 22 Shamian J, LeClair SJ. (No date). Integrated delivery systems now or??. Commentary paper. Healthcare papers. Health Canada.
- 23 OPS (2007). Salud en las américas 2007 (Vol. I). Washington, D.C.: OPS.
- 24 Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- 25 High level Forum (2005). Paris Declaration on Aid Effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability. Paris, February 28-March 2, 2005.
- 26 GAVI (2006). GAVI alliance strategy (2007-10). GAVI Secretariat, 6 June 2006.
- 27 Global Fund. Fact sheet: the global fund's approach to health system strengthening. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 6, 15 September 2008.
- 28 WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva: WHO.
- 29 Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- 30 Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- 31 Crosson, FJ. 21st-Century health care – the case for integrated delivery systems. N Engl J Med 316;14. Oct. 1, 2009.
- 32 Enthoven, AC. Integrated delivery Systems: the cure for fragmentation. Am J Mang Care. 2009;15:s284-s290.
- 33 Ibern Regas, P. (2006). Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Masson, S.A., Barcelona, España.
- 34 Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.
- 35 World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.
- 36 Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. Hospital & health services administration 1997;42(3):299-321.
- 37 Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.

- 38** Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- 39** Kongstvedt, PR, Gates R (1996). Ten Critical success factors for integrated delivery systems. An Aspen Publication. Gaithersburg, MD.
- 40** World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.
- 41** World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? Copenhagen: WHO.
- 42** 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.
- 43** 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.
- 44** 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.
- 45** 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.
- 46** 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.
- 47** 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.
- 48** Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs*, Vol. 13, Issue 5: 46-64.
- 49** 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.
- 50** Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304(6837):1287-90.
- 51** 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.
- 52** Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- 53** WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES (2001). Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting.
- 54** Lloyd, J.; Wait, S. Integrated care: a guida for policy makers. Alliance for health and the future, London.
- 55** 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.
- 56** 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.

- 57 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.
- 58 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.
- 59 Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- 60 WHO (2008). *The World health report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva: WHO.
- 61 OPS (2007). *Salud en las américas 2007 (Vol. I)*. Washington, D.C.: OPS.
- 62 Consorci Sanitari de Terraza (2009). Presentación “Experiencia del CST (Consorci Sanitari de Terraza), una organización sanitaria integrada”. Presentación realizada en visita de OPS a Cataluña, 5 de noviembre de 2009.
- 63 SARACCI, R. (1998) Quelle santé pour qui? Un défi pour l'épidémiologie. *Forum Mondial de la Santé*, 19:3–5.
- 64 Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- 65 Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
- 66 Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- 67 Commission on Social Determinants of Health. *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level: a progress report on the country stream of work in the CSDH*. CSDH Country Work Report; October 2007).
- 68 Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- 69 Gates M (1996). Information systems for integrated delivery systems. *Health System Leader* 3(7):4-12.
- 70 Internacional Trade Center UNCTAD/WTO. *Results-Based Management Checklist, a practical guide and diagnostic tool for results-Based management*. Geneva: ITC. <http://www.intracen.org/instasptp/pdf/files/check5.pdf> (accessed February 1, 2010).
- 71 Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- 72 Ortún-Rubio, V.; López-Casasnovas (2002). *Financiación capítativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias*. Documento de Trabajo 3. Fundación BBVA, Bilbao, España.
- 73 Pomar Reynés, J. (1996). *Opiniones sobre las relaciones entre niveles asistenciales desde una gerencia de atención primaria*. En: *Alternativas de integración de niveles asistenciales*. Editores, Fernando Sillio Villamil y Esteban Manuel Keenoy. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. (Documentos Técnicos EASP; 13).
- 74 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.

- 75 Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs*, Vol. 13, Issue 5: 46-64.
- 76 World Health Organization (2008). *Integrated health services – what and why?* Technical Brief No. 1.
- 77 *Idem.*
- 78 Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- 79 Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: Plan estratégico 2008-2012: septiembre 2009 (Revisado). Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington, D.C.: OPS.





**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



9 789275 331163