

SISTEMAS INTEGRADOS DE SERVICIOS DE SALUD

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

Washington DC, 8 de mayo de 2008



Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS)
Proyecto de Sistemas de Salud basados en APS para la Protección Social
Oficina del Subdirector
Organización Panamericana de la Salud OPS
Organización Mundial de la Salud OMS

El propósito de este documento es asistir a los formuladores de política, a los gestores y a los prestadores de servicios de salud en el desarrollo e implementación de Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS). Para lo anterior, este documento propone un marco conceptual para entender su significado, señala sus beneficios en términos del desempeño general del sistema, desarrolla opciones de política y mecanismos institucionales para poder implementarlos, y propone una “hoja de ruta” para su implantación en los países de la Región.

Este documento se concentra en la integración de la función de provisión de los servicios de los sistemas de salud, y por lo tanto, no profundiza sobre los mecanismos de integración de la función de financiamiento/aseguramiento de los sistemas de salud, los cuales serán analizados en futuros estudios.

La versión actual de este documento (mayo 2008) es de borrador en consulta. Este documento será revisado y mejorado a través de un proceso de consultas nacionales y/o sub-regionales a mediados de 2008, y a través de una amplia consulta regional a finales de 2008, con el objetivo de recoger e incorporar las contribuciones, experiencias y posiciones sobre el tema de los Estados Miembros de la OPS/OMS. Posteriormente, los contenidos y recomendaciones del documento serán sometidos a consideración de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS durante el año 2009.

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.

TABLA DE CONTENIDOS

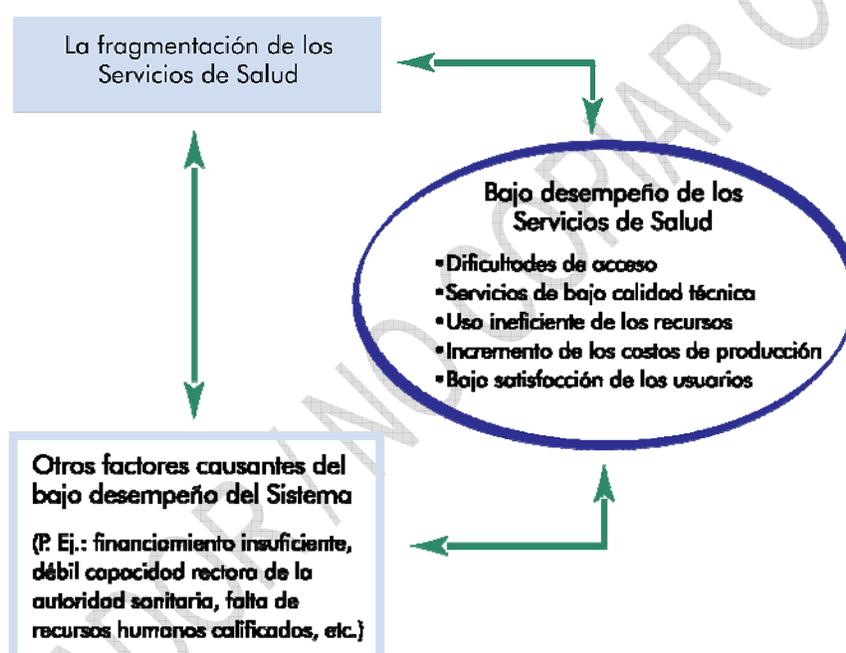
CAPÍTULO 1: El Desafío de la Fragmentación de los Servicios de Salud en Las Américas.....	1
El desafío de la fragmentación de los servicios de salud.....	1
Las causas de la fragmentación de los servicios de salud.....	2
Los profundos cambios en el entorno y el quehacer de los servicios de salud.....	4
La renovación de la Atención Primaria de Salud y otros mandatos Regionales	8
CAPÍTULO 2: Los Sistemas Integrados de Servicios de Salud y sus Beneficios	9
El concepto de servicios de salud integrados y sus diferentes modalidades.....	9
Los Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS)	11
La relación entre el concepto de redes de servicios de salud y SISS.....	11
Los diferentes contextos externos en los cuales los SISS están inmersos	12
Los beneficios de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud.....	12
CAPÍTULO 3: Los Atributos Esenciales de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud	14
Los atributos esenciales de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud	14
Evaluando la progresión hacia Sistemas Integrados de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados.....	23
CAPÍTULO 4: Los Instrumentos de Política Pública y los Mecanismos Institucionales Disponibles Para Conformar Sistemas Integrados de Servicios De Salud	25
Los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles para conformar Sistemas Integrados de Servicios de Salud	25
La pertinencia de los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles con base a las diferentes realidades de los sistemas de salud de la Región.....	33
CAPÍTULO 5: La “Hoja de Ruta” Para Avanzar en el Desarrollo de Sistemas Integrados de Servicios de Salud en la Región de las Américas.....	35
Las lecciones aprendidas.....	35
El círculo de formulación de políticas para la desarrollo de Sistemas Integrados de Servicios de Salud.....	35
La “Hoja de Ruta” para avanzar en el desarrollo de Sistemas Integrados de Servicios de Salud	40
BIBLIOGRAFÍA.....	43

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

El desafío de la fragmentación de los servicios de salud

La fragmentaciónⁱ de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de saludⁱⁱ, y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de saludⁱⁱⁱ. La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos^{1 2} (Ver figura 1). Por otro lado, la fragmentación puede ser la consecuencia de la acción de otros factores que la causan (p. Ej. financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales), o puede ser un factor que incide sobre otros factores causales, los que a su vez impactan negativamente sobre el desempeño general del sistema (p. Ej. la duplicación de exámenes de laboratorio que trae aparejado un incremento innecesario de los costos, los que a su vez disminuyen el nivel de financiamiento del sistema).

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



La fragmentación de los servicios de salud puede manifestarse de múltiples formas y puede reflejarse en los distintos niveles del sistema. A nivel de la experiencia de las personas con el sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención, pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales, y la falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios. La falta de acceso se manifiesta por la demanda reprimida a los servicios o por la postergación de la entrega de servicios. La falta de oportunidad se expresa comúnmente como listas de espera, derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido (p. Ej. programas verticales). En términos de la falta de continuidad asistencial, ésta se manifiesta por ejemplo en la necesidad de tener que visitar múltiples sitios

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

ⁱⁱ Los servicios de salud se refieren a “servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo la supervisión de éstas, con los propósitos de promover, mantener, y/o recuperar la salud” (Institute of Medicine. Primary care: America’s health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996).

ⁱⁱⁱ El sistema de salud comprende “todas las organizaciones, las instituciones y los recursos que realizan acciones cuyo principal propósito es mejorar la salud” (World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000).

DOCUMENTO EN CONSULTA

asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio de enfermedad. También se puede manifestar por la falta de una fuente regular de cuidado (por ejemplo la falta de un equipo de salud del 1er nivel de atención), o por el extravío de información clínica entre visitas médicas, o por la falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención. Desde el punto de vista de la falta de conformidad de los servicios, ésta se puede manifestar en el énfasis curativo en desmedro de las acciones de fomento y prevención, en el énfasis individual en desmedro de las acciones colectivas y de salud pública, en el trato impositivo y poco amable del personal de salud, o en la indicación de intervenciones no basadas en criterios y conocimiento científico y que no se ajustan a las preferencias culturales y/o de género de las personas.

A nivel del desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta fundamentalmente como descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa en algunos casos, sobre utilización de recursos en otros casos, cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario, y distribución inequitativa de los centros de atención que no considera la ocupación del territorio por la población (urbano/rural, centro/periferia urbana, áreas ricas/pobres). Otras manifestaciones incluyen la baja capacidad resolutoria del 1er nivel de atención, la “captura” del paciente por el especialista (el paciente que no regresa al 1er nivel después de concluida la interconsulta), y el uso de servicios de urgencia para la atención especializada eludiendo la consulta ambulatoria. A nivel de establecimientos de salud individuales, la fragmentación se puede manifestar como servicios clínicos que funcionan como departamentos estancos al interior de la organización, cada uno compitiendo con el otro por recursos propios y duplicando la infraestructura existente. Otras manifestaciones incluyen la admisión de pacientes intra-hospitalarios que podrían haber sido resueltas en forma ambulatoria, la admisión de pacientes quirúrgicos sin tener completos los estudios pre-operatorios, y la prolongación de los tiempos de estadía intra-hospitalaria por dificultades al alta (p. Ej. enfermos con problemas sociales).

Las causas de la fragmentación de los servicios de salud

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

La segmentación del sistema de salud

La segmentación^{iv} de los sistemas de salud es un gran condicionante de la fragmentación de los servicios de salud de la Región. En los sistemas segmentados, la coexistencia simultánea de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, condicionan de partida, y de forma estructural, la existencia de subsistemas que funcionan en forma independiente una de otra, causando graves problemas de integración desde una perspectiva global del funcionamiento del sistema. Este fenómeno, de raíces históricas, significa que muchos de los sistemas de salud y protección social latinoamericanos se “especializan” en estratos específicos de la población agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico, u ocupación del territorio (urbano/rural), produciendo el fenómeno de la *segregación poblacional*, generando una estratificación inconsistente con el ejercicio del derecho a la salud. Como consecuencia, las redes de provisión de servicios fueron creadas de forma acorde por cada subsistema, con limitada integración y comunicación entre las unidades asistenciales que las forman, tanto dentro de un mismo subsistema como entre los subsistemas y los diferentes niveles de atención. Con frecuencia, la prestación de servicios se concentra en las áreas urbanas más ricas y en la población asalariada, generando un uso ineficiente de los recursos sectoriales y dejando desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía, y en muchos países, a las poblaciones indígenas, afro-descendientes, rurales y urbano marginales. Por otra parte, la segmentación genera además una ampliación de los prestadores de servicios de salud fuera del ámbito público, y por lo tanto, una mayor necesidad de la capacidad de la autoridad sanitaria de cumplir sus funciones regulatorias en

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

materia de servicios de salud. Como se verá más adelante, la debilidad de la capacidad rectora en contextos de sistemas segmentados puede agravar aún más la fragmentación de los servicios de salud.

La descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención

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

El predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas

El predominio de programas verticales conlleva una serie de limitaciones y efectos indeseables entre los cuales destacan^{3 4 5}: i) la falla en abordar las causas subyacentes de la enfermedad; ii) la duplicación de esfuerzos y el desperdicio de recursos; iii) el abandono de importantes grupos poblacionales y/o problemas de salud; iv) la pérdida de oportunidad para abordar situaciones de co-morbilidad; y v) la competencia o sustracción de recursos de otros servicios/programas. Por otra parte, existirían eso sí situaciones excepcionales en los cuales los programas verticales sí tendrían una indicación precisa. Estas situaciones corresponderían por ejemplo a países en situación “frágil” (como medida de corto plazo), a la necesidad de controlar epidemias y manejar algunas emergencias sanitarias, o a la necesidad de proveer servicios a grupos poblacionales especiales (p. Eje. población penal, drogadictos, trabajadores sexuales)⁶. El predominio de programas verticales que se observa en algunos de los países de la Región se explica, al menos en parte, por la preferencia de algunos donantes internacionales en financiar programas de salud de foco programático reducido.

La separación de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas

En algunas realidades, la separación de los arreglos financieros, institucionales y de prestación de los servicios de salud pública^v de los servicios de atención a las personas es otra causa importante de la fragmentación de los servicios de salud. Aún cuando muchas de las acciones de salud pública no significan necesariamente servicios de salud provistos a individuos, familias y/o comunidades, existen eso sí muchos servicios de salud pública que sí debieran integrarse y complementarse con los servicios de atención a las personas, particularmente aquellos referidos al 1er nivel de atención⁷. El menosprecio de la importancia de la salud pública en la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención y de los servicios de salud es quizás, la causa principal de la baja efectividad social de los sistemas de salud, de los niveles bajos de satisfacción de la población con respecto a la atención recibida y de los fracasos de algunas reformas sectoriales realizadas en los últimos dos decenios⁸.

El modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario

El predominio del modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario es otro causal importante de la fragmentación de los servicios de salud. La atención centrada en la enfermedad desconoce la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al igual que desconoce las necesidades más amplias de la “persona como un todo” (por ejemplo la necesidad de apoyo social, mental y/o emocional en el manejo de enfermedades crónicas y/o pacientes terminales). Lo mismo se puede decir con relación a la atención centrada en el cuidado agudo, la cual falla en brindar el debido cuidado de salud a lo largo del tiempo característico de las enfermedades crónicas⁹. El predominio del manejo intra-hospitalario contribuye también a la fragmentación de los servicios debido a que, en la mayoría de los casos, éste es de más difícil acceso que los servicios no hospitalarios, y porque además promueve la atención de salud en el lugar menos apropiado, causando por una parte riesgos innecesarios a la salud de las personas (p. Ej. infecciones nosocomiales), y por otra parte, un incremento innecesario de los costos de la atención, existiendo alternativas más eficientes para el gasto en salud.

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

La debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria

La autoridad sanitaria juega un rol fundamental e irremplazable en la consecución de los objetivos de política económica y social de los gobiernos, los que incluyen, entre otros, avances en materia de equidad y justicia social, cohesión social, salud y seguridad ciudadana, eficiencia económica y participación social¹⁰. En este marco, las autoridades sanitarias debieran priorizar y abordar el problema de la fragmentación de los servicios de salud a través de sus funciones de conducción y regulación sectorial, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, armonización de la provisión de servicios de salud y ejecución de las funciones esenciales de salud pública^{vi 11}. Sin embargo, en situaciones de débil capacidad rectora de las autoridades sanitarias, la prestación de los servicios de salud tiende a ocurrir de forma más desordenada y anárquica, causando problemas de fragmentación de los mismos. Esta situación tiende a agravarse aún más en contextos de sistemas de salud altamente segmentados y con fuerte dependencia de financiamiento externo.

Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos

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

Culturas organizacionales contrarias a la integración

Tradicionalmente las organizaciones han sido diseñadas sobre estructuras funcionales, es decir sobre la base de disciplinas, establecimientos de salud o líneas de productos/servicios. El supuesto de este tipo de organización es que es más fácil manejar a especialistas cuando son agrupados en un mismo departamento, bajo la dirección de un jefe que posee capacitación y experiencia de la disciplina en particular. Por un lado, este tipo de diseño organizacional promueve la especialización de las habilidades y el conocimiento, facilita la homogenización los procesos de entrega de servicios, y facilita el proceso de toma de decisiones y comunicaciones porque los gerentes comparten la experticia y la cultura de sus subordinados. No obstante lo anterior, las estructuras funcionales tienden a enfatizar la rutina en las tareas, conducen a una visión de corto plazo, promueven una perspectiva estrecha de miras de los gerentes, reducen la comunicación y cooperación entre diferentes unidades, y dificultan la rendición de cuentas por los resultados más amplios, particularmente cuando los resultados clínicos dependen de acciones multidisciplinares¹².

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

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

Los cambios originados en la demanda de los servicios

La caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son importantes cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. El envejecimiento de la población conlleva un aumento de las

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

patologías crónicas y de la co-morbilidad que los sistemas actuales no están en condiciones de responder. El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas requiere no sólo de una mayor colaboración entre proveedores, sino además de una mayor integración entre el cuidado del 1er nivel de atención y el de especialidad, y del desarrollo de redes clínicas integradas. Además, muchos sistemas enfrentan la co-existencia de problemas asociados a la pobreza y a la exclusión social (p. Ej. enfermedades contagiosas y la malnutrición), al mismo tiempo que enfrentan nuevos desafíos tales como el VIH/SIDA, estilos de vida poco saludables, el incremento de las violencias y los accidentes, y el aumento de los problemas mentales.

Por otro lado, los usuarios están demandando servicios de mayor calidad y que se ajusten más a sus preferencias individuales y grupales. La mayoría de las personas tienen hoy en día un mayor acceso a información sobre salud y tienen una mayor conciencia sobre sus derechos en salud. Los usuarios se están volviendo más atentos a sus necesidades de cuidados individuales y están demandando una cobertura de salud más integral, que se otorgue en ambientes más cercanos a su hogar, y que esté accesible las 24 horas del día¹³. Esta situación ha llevado a las organizaciones prestadoras de servicios a cambiar su actitud tradicionalmente cerrada y auto-referenciada a una actitud más abierta a la participación ciudadana en temas clave como la gobernanza, la gestión y la entrega de los servicios de salud.

Los cambios originados en la oferta de los servicios

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

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

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

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

El “pasado” de los servicios de salud	El “futuro” de los servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Énfasis en el tratamiento de la enfermedad ▪ Responsable por pacientes individuales ▪ Énfasis en el cuidado agudo ▪ Atención a problemas específicos ▪ La meta es el llenado de camas ▪ El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado ▪ Predominio hospitalario ▪ Predominio de especialistas ▪ Predominante de médicos ▪ Práctica individual ▪ Gestores coordinan servicios ▪ Dominio profesional ▪ Las personas son receptores pasivos de los servicios ▪ Responsabilidad exclusiva del sector salud 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Énfasis en la promoción y la preservación de la salud ➤ Responsable por la salud de poblaciones definidas ➤ Énfasis en el continuo del cuidado de la salud ➤ Cuidado integral ➤ La meta es proveer el cuidado en el lugar más apropiado ➤ Los servicios de salud trabajan de “forma integrada” ➤ Predominio ambulatorio ➤ Predominio de generalistas ➤ Incorporación de otro tipo de personal de salud ➤ Trabajo en equipos multidisciplinarios ➤ Gestores buscan activamente la garantía y el mejoramiento continuo de la calidad ➤ Participación comunitaria ➤ Auto-cuidado y auto-gestión de la salud/enfermedad ➤ Responsabilidad compartida con otros sectores de la economía

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

Los cambios del contexto más amplio

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

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

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

Resultados	Problemas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se identificaron las diversas funciones que realizan los sistemas de salud y en muchos países se separaron estas funciones. ▪ El sector privado adquirió mayor importancia en el aseguramiento y en la provisión de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La creación, promoción y desregulación de los mercados del aseguramiento y provisión condujo a la multiplicación de agentes intermediarios en competencia. ▪ Ello intensificó la segmentación al interior del sistema, elevó los costos de transacción y debilitó el rol rector del Ministerio de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se introdujo la idea de disciplina fiscal en el sector público de salud, con énfasis en la sostenibilidad financiera. ▪ Se inició la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La inversión pública en salud no ha aumentado, aun en un contexto de discreto incremento del gasto social ▪ El gasto público se redujo drásticamente en la mayoría de los países. La implementación de mecanismos estrictos de control de costos condujo a pérdidas en infraestructura pública de salud y en recursos humanos ▪ La introducción de cuotas de cobro a los usuarios y otros mecanismos de pago en el punto de atención aumentaron el gasto de bolsillo en la mayoría de los países
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La implementación de compromisos de gestión mejoró la gestión de servicios, en algunos casos. ▪ Se inició la aplicación de criterios de eficiencia y efectividad en la provisión de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La introducción de la lógica de casi-mercados en el sector público de salud deterioró las funciones esenciales de salud pública. ▪ La promoción de competencia entre aseguradores y/o proveedores para captar clientes con capacidad de pago profundizó la segmentación. ▪ La introducción de incentivos económicos a la provisión de servicios de salud individual llevó a la priorización de servicios curativos por sobre acciones preventivas. ▪ Se ha avanzado poco en la mejoría del desempeño y de la efectividad general de los sistemas y en los aspectos de calidad de la atención, bien así en evitar la fragmentación y la falta de racionalidad en la disponibilidad de la infraestructura.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se implementaron mecanismos de focalización para extender cobertura y alcanzar a las poblaciones marginadas. ▪ Muchos países adoptaron la idea de crear “paquetes básicos” de salud para los pobres o para grupos específicos de la población 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La introducción de “paquetes básicos” para los pobres, con la aparición de planes de prestaciones distintos en calidad y cantidad para los diversos estratos de población de acuerdo a su condición económica profundizó la segmentación de los sistemas de salud. ▪ La creación de fondos separados para aquellos con capacidad contributiva y para los que no pueden contribuir condujo a la pérdida de solidaridad al interior del sistema, acentuó la segregación poblacional, y profundizó la inequidad en el acceso a los cuidados de salud así como en los resultados de salud. ▪ La cobertura no aumentó como se esperaba, y, en muchos casos, el incremento de la demanda por servicios de salud no pudo ser satisfecho debido a la escasez de recursos asignados a mejorar la provisión de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En la mayoría de los países se buscó aumentar la participación local en la administración de servicios mediante procesos de descentralización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procesos incompletos de descentralización profundizaron la falta de rectoría y la inequidad geográfica en la provisión de servicios de salud. ▪ La fragmentación de la red de entrega de servicios se profundizó y hoy es uno de los rasgos más característicos de los sistemas de salud en la región, donde operan múltiples agentes sin coordinación y a menudo en competencia unos con otros.

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

Como se desprende de la tabla anterior, las reformas sectoriales pusieron más énfasis en el desarrollo de la competencia entre los prestadores de servicios a través de políticas como libertad de elección, pago por resultados y un aumento en el pluralismo de la provisión. Sin un manejo adecuado, estas políticas corren el riesgo de aumentar la fragmentación de los servicios de salud¹⁴. En los últimos años se observa una tendencia a abandonar la competencia e introducir políticas que favorezcan la colaboración entre proveedores de salud como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención sanitaria.

Distintos países han desarrollado experiencias con la integración de proveedores para proporcionar el continuo asistencial a su población beneficiaria. Así, la integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples

DOCUMENTO EN CONSULTA

profesionales y servicios. No obstante lo anterior, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el desarrollo de redes están todavía poco desarrollados, y necesitan ser considerados en los desarrollos futuros del sector^{15 16}.

La renovación de la Atención Primaria de Salud y otros mandatos Regionales

Existen múltiples instancias de compromisos/mandatos internacionales no-vinculantes que enfatizan la necesidad de avanzar hacia un cuidado integrado. Ya en el año 1978, la Declaración de Alma-Ata en su artículo VII sostenía que la 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”*¹⁷. Hacia finales de la década de los 80 la iniciativa de OMS/OPS sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) también hablaba sobre la necesidad de organizar los servicios de salud en niveles de atención, desarrollar sistemas de referencia y contra-referencia, y hacer una planificación regional de los servicios de salud¹⁸. 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, en el artículo III de la Declaración de Montevideo, que dice que: *“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”*¹⁹. Más recientemente, en Junio de 2007, La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de *“fortalecer los sistemas de referencia y contra-referencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios comprensivos y oportunos”*²⁰, y 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”*²¹.

CAPÍTULO 2: Los Sistemas Integrados de Servicios de Salud y Sus Beneficios

El concepto de servicios de salud integrados y sus diferentes modalidades

El concepto de servicios de salud integrados no es nuevo, sin embargo su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos^{22 23}. Esta diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre *servicios de salud integrados*:

*“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que los personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”*²⁴

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

Desde el punto de vista conceptual, la integración se puede entender mejor como un continuo más que como una situación de extremos opuestos entre integración y no integración²⁵. Esto significa que existe una gradiente de integración entre la fragmentación absoluta hasta la integración total. Por otra parte, no todos los elementos que componen un sistema deben necesariamente integrarse. La experiencia demuestra que dentro de las partes que componen un sistema, existen ciertas partes que son más importantes que otras en lograr una integración efectiva. Se debe recordar también que la integración no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema²⁶. De este modo, los esfuerzos de integración solamente tendrán justificación en la medida que ellos conduzcan a servicios más accesibles, de mayor calidad, con mejor relación costo-beneficio, y que satisfagan a los usuarios.

A continuación se presentan algunos términos adicionales relacionados con el concepto de integración de servicios de salud, y con el concepto de SISS en particular²⁷.

DOCUMENTO EN CONSULTA

Tabla N. 3. **Términos relacionados con el concepto de servicios de salud integrados**

Concepto	Definición	Comentarios
<i>Integración horizontal*</i>	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de entrega de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos.
<i>Integración vertical*</i>	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de entrega de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical <i>hacia adelante</i> , es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical <i>hacia atrás</i> , es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical <i>con la aseguradora</i> de la salud.
<i>Amplitud de integración*</i>	Número o conjunto de funciones y servicios diferentes que proporciona el sistema a lo largo del continuo de servicios de salud.	
<i>Profundidad de integración*</i>	Número de unidades diferentes que posee un sistema para proporcionar una determinada función o servicio.	
<i>Concentración geográfica*</i>	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.	
<i>Integración clínica*</i>	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.
<i>Integración personal de salud-sistema (Modificado)*</i>	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.	
<i>Integración funcional*</i>	El grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información, mercadeo y garantía/mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema.	La integración funcional no implica que todas las actividades deban ser centralizadas y/o estandarizadas. Integración funcional tampoco significa que todas las funciones y actividades deben reorganizarse simultáneamente, sin embargo algunas deben comenzarse lo antes posible (ejemplo: planificación estratégica).
<i>Integración real**</i>	Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).	
<i>Integración virtual**</i>	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.
<i>Continuidad asistencial***</i>	El grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí y consistentes con las necesidades médicas del paciente y de su contexto personal.	Corresponde a la experiencia de la coordinación asistencial desde la perspectiva del paciente. Existen tres tipos de continuidad: i) de la relación entre el paciente y el proveedor; ii) de la información; y iii) de la gestión del problema de salud.

Fuentes: * Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Building integrated systems: the holographic organization. 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. *** Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ;327(7425):1219-1221.

DOCUMENTO EN CONSULTA

En la literatura, los términos de coordinación, continuidad e integración asistencial suelen utilizarse indistintamente para referirse a una misma idea. Sin embargo, existen matices importantes que diferencian estos términos. El término continuidad asistencial se centra más bien en la relación entre las personas y el proveedor. Para que haya continuidad, la persona/paciente debe “experimentar” la coordinación de la atención. Por otra parte, la coordinación e integración asistencial representan etapas dentro del continuo de la integración, donde la integración corresponde al nivel más avanzado de coordinación. En la siguiente tabla, se explican los conceptos de autonomía, coordinación e integración con base a ciertas características clave de los servicios de salud (Ver tabla N. 4). En todo caso, esta tabla no representa el concepto de “unificación” de los servicios de salud, el cual se puede lograr mediante la absorción, fusión y/o consolidación de los servicios de salud de distintos entes organizacionales.

Tabla N. 4. Los conceptos de autonomía, coordinación e integración de servicios de salud

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

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

Los Sistemas Integrados de Servicios de Salud

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

“Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”²⁸

Estos sistemas son llamados también “sistemas organizados de servicios de salud”²⁹, o “organizaciones sanitarias integradas”³⁰, o “sistemas clínicamente integrados”³¹. Como se señaló anteriormente, los SISS no requieren que todos los servicios que los componen tengan propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden ser prestados a través de una variedad de arreglos contractuales y/o alianzas estratégicas.

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de SISS. Sin embargo, la mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: i) sistemas que integran médicos solamente; ii) sistemas que integran médicos y establecimientos de salud; y iii) sistemas que integran médicos, establecimientos de salud y aseguradoras de salud³².

La relación entre el concepto de redes de servicios de salud y SISS

El concepto de SISS es más amplio que el concepto de redes. Desde una perspectiva de niveles organizacionales, la prestación de servicios de salud puede organizarse jerárquicamente desde el autocuidado personal hasta el nivel de sistema, pasando entremedio por los niveles de proveedor individual, equipo de salud, departamento/servicio, establecimiento de salud individual, y red de servicios (Ver Box N.1). Por otra parte, el concepto de sistema permite abarcar mejor atributos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, los cuales, como veremos más

DOCUMENTO EN CONSULTA

adelante, son esenciales para la conformación de sistemas integrados. En este sentido, el concepto de red de servicios^{vii} se restringe más bien a la función de prestación propiamente tal, no abarcando los atributos más “sistémicos” mencionados anteriormente. Finalmente, para que un SISS funcione como tal, las entidades que lo conforman deben funcionar en red, es decir no puede haber un SISS sin funcionamiento en red. Pero la relación inversa no necesariamente es la misma, es decir, el funcionamiento en red no necesariamente garantiza la conformación de un SISS. De hecho, muchas de las “redes” de servicios existentes son redes curativas, centradas en la enfermedad, dominadas por los especialistas, y de naturaleza hospitalo-céntrica.

Box N.1 Niveles de organización y gestión de los servicios de salud

- Individuo, familia y comunidad (auto-cuidado, cuidado en el hogar, etc.)
- Proveedor individual (médico, enfermera, auxiliar, asistente social, nutricionista, etc.)
- Equipo de salud (equipo multidisciplinario de 1er nivel de atención, equipo quirúrgico, etc.)
- Departamento/servicio (ginecología-obstetricia, anatomía patológica, laboratorio de sangre, etc.)
- Establecimiento de salud individual (hospitales, centros de salud, etc.)
- Red de servicios (establecimientos de salud, especialidades y sub-especialidades médicas, etc.)
- Sistema (nacional, regional, sub-regional)

Los diferentes contextos externos en los cuales los SISS están inmersos

Las características del contexto externo de los SISS se refieren fundamentalmente a características de los sistemas de salud en los cuales éstos están inmersos. Algunas de las características más relevantes para la viabilidad y el funcionamiento de los SISS incluyen: tipo de sistema de salud; nivel de financiamiento del sector; marco jurídico y regulatorio; capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria; disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, entre muchos otros. Cada una de estas variables de contexto varía de una realidad a la otra, y por lo tanto, se debe tener en cuenta en que medida estas variables de contexto facilitan o dificultan la posibilidad de desarrollar y/o consolidar los SISS como modalidad preferida de prestación de servicios de salud. En este sentido, la autoridad sanitaria juega un rol fundamental en la posibilidad de modificar tanto las variables del contexto externo de los SISS (p. Ej. regulación sobre prestadores privados o seguridad social), como de modificar sus realidades internas en algunos casos (p. Ej. servicios de salud que dependen del Ministerio de Salud), de modo de poder orquestar adecuadamente a los múltiples prestadores públicos y privados a fin de que su capacidad instalada sea aprovechada de manera racional y complementaria³³. Como se verá más adelante en los Capítulos 4 y 5 de este documento, las autoridades sanitarias disponen de una serie de instrumentos de política pública, mecanismos institucionales y estrategias que les permiten propiciar la construcción de sistemas integrados de servicios de salud.

Los beneficios de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud

El nivel de pesquisa e investigación en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en países de bajos y medianos ingresos³⁴. No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que los SISS mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad^{35 36 37 38 39}. 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^{viii} y de producción conjunta^{ix}, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se han asociado a su vez con mejorías en la calidad de la atención^{40 41}. Además, los SISS tenderían a

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

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

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 generalistas⁴². En términos financieros, los sistemas integrados se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos⁴³.

Desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se ha asociado a mejoras en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud^{44 45 46 47 48}. 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 sistema⁴⁹. Desde la perspectiva del usuario, los SISS facilitan el acceso oportuno a servicios del primer nivel de atención; mejoran el acceso a otros niveles de atención cuando son requeridos; evitan la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejoran los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente; y facilitan la implementación de estrategias de auto-cuidado y seguimiento de enfermedades crónicas⁵⁰. Independiente de los hallazgos anteriores, existe un amplio acuerdo entre los investigadores del tema que se deben realizar más estudios para demostrar la relación entre nivel de integración y resultados a nivel clínico, a nivel de salud poblacional y a nivel de satisfacción de los usuarios⁵¹.

BORRADOR / NO COPIAR O CITAR

CAPÍTULO 3: Los Atributos Esenciales de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud

Dada la gran variedad de contextos externos y factores internos, no es posible prescribir un único modelo organizacional de SISS; de hecho existen múltiples modelos posibles. El objetivo de política pública entonces es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema⁵². No obstante la variedad de contextos externos señalados en el capítulo 2, la experiencia acumulada en los últimos años indica que los SISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. Los atributos que se presentan a continuación han sido extraídos de una extensa revisión de la literatura^{53 54}, de las discusiones del grupo de trabajo en SISS, y de la consulta de expertos realizada por OPS/OMS en Santiago de Chile, en octubre de 2007.

Listado de atributos esenciales de los SISS

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

Los atributos esenciales de los Sistemas Integrados de Servicios de Salud

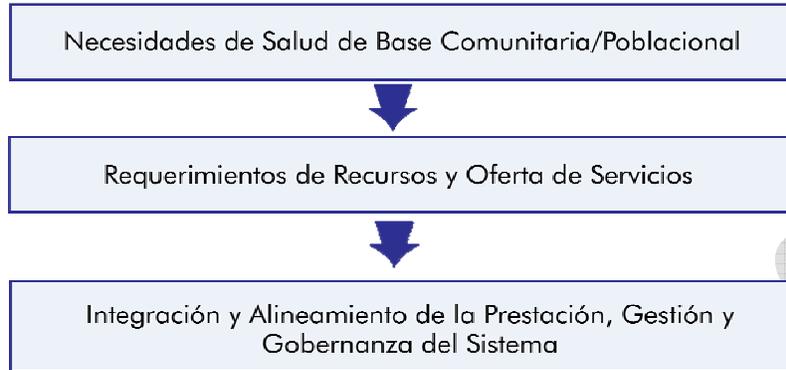
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema

La función principal de los SISS es coordinar el continuo de los servicios de salud con el fin de preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas y/o la comunidad. Para lograr lo anterior, los SISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad. Claramente, los SISS 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 pública⁵⁵, promover acción inter-sectorial, e intervenir en los determinantes sociales de la salud. El conocimiento de la población/territorio a cargo permite elaborar perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen, y en forma particular de los grupos poblacionales más vulnerables^x. Este conocimiento sobre las necesidades y demandas en salud de cada grupo poblacional les permite a su vez el diseño diferenciado de servicios que respondan mejor sus necesidades específicas. Para la recolección de datos, los SISS coordinan los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes, incluidos otros sectores de la economía. La meta es generar una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud pública y los de atención a las personas. Lo anterior implica también la capacidad de elaborar proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud. La identificación de las necesidades de la población permite entonces estimar el número y composición del personal, los recursos de capital y los programas y

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

servicios de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud específicas de la población a cargo. La siguiente figura ilustra la secuencia de eventos que garantizan la orientación comunitaria de los servicios de salud de los SISS⁵⁶:

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



Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional

Los SISS disponen de una extensa red de establecimientos y servicios de salud personales y de salud pública^{xi}, todos bajo un único paraguas organizacional. Para ello cuentan con una amplia gama de establecimientos de salud incluidos centros ambulatorios del 1er nivel de atención, centros de enfermería, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación, y centros hospitalarios (solamente para el manejo de cuadros agudos y sub-agudos complicados). Los SISS disponen de todos los niveles de atención, tanto ambulatorios como intra-hospitalarios, y son capaces de proporcionar cuidados a eventos agudos, a eventos de largo plazo, a situaciones electivas, a situaciones de urgencia, e integran también cuidados personales con servicios de salud pública. Debido a que su foco principal es mantener a la población sana, los SISS enfatizan los servicios de salud pública y los servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. Los SISS promueven también la proximidad geográfica de sus unidades operativas de modo que sus servicios sean prestados lo más cercano posible donde las personas residen. Los SISS son capaces además de adecuarse a las diferentes realidades locales mediante ajustes a la oferta de servicios de salud y el desarrollo sub-regiones al interior del sistema. Por último, los SISS se preocupan de mantener tamaños poblacionales razonables para: i) facilitar el acceso a los servicios de salud; ii) garantizar la estandarización y la calidad de los servicios especializados, particularmente aquellos que son volumen-dependientes; y iii) hacer un uso apropiado de las economías de escala. En este sentido, el estudio de Kronick et al. (1993) sugiere que el tamaño poblacional razonable para que un sistema pueda ofrecer referencia a servicios hospitalarios es de alrededor de 450.000 personas⁵⁷.

Un 1er nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población

En un SISS, el 1er nivel de atención^{xii} juega un papel clave e irremplazable para el adecuado funcionamiento del sistema como un todo. En este sistema, el 1er nivel de atención actúa como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales para toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

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

Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios

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

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios

Uno de los desafíos más grandes de los SISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que “cruzan” el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependerán de cada situación en particular y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas. En términos generales, se pueden establecer tres modelos de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales: *la provisión paralela*, que se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa; *el gestor-consulta*, con un nivel asistencial actuando como gestor del paciente y el resto de niveles interviniendo para aconsejar o realizar una intervención concreta; y finalmente, *la co-provisión de la atención*, que supone la responsabilidad compartida en la resolución del problema. La adopción del modelo adecuado depende de la complejidad de las necesidades del paciente y del modelo de atención, además de los factores descritos más arriba. Los modelos de co-provisión son más efectivos para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos ámbitos⁵⁸.

Los instrumentos o mecanismos de coordinación tradicionalmente utilizados por las organizaciones sanitarias se basan en la normalización de las habilidades, la estandarización de los procesos/resultados, y la adaptación mutua. La *normalización de las habilidades* de los profesionales se hace mediante un plan global de formación continuada personalizado, basado en necesidades individuales de aprendizaje, y con participación activa del clínico. En los

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

últimos años para reducir costos y enfatizar la calidad, los proveedores sanitarios han comenzado a *estandarizar los procesos y resultados* asistenciales. Las Guías de Práctica Clínica^{xiv} y los Mapas de Atención, Trayectorias Clínicas o Protocolos^{xv} son ejemplos de instrumentos de coordinación basados en la estandarización de los procesos. Este tipo de mecanismos se pueden utilizar eficazmente cuando las interdependencias entre los profesionales no son elevadas, la variabilidad en la respuesta a las intervenciones médicas entre pacientes es mínima y la programación de la atención resulta fácil. Sin embargo, estos instrumentos resultan poco eficaces para coordinar la atención de problemas de salud complejos que comportan un elevado nivel de interdependencias y de incertidumbre. En estas circunstancias resultan más adecuados los mecanismos basados en la *adaptación mutua*, es decir, la coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en el mismo proceso asistencial. Ejemplos de éste último tipo de mecanismo son los sistemas de información vertical, los grupos de trabajo interdisciplinarios y los diseños matriciales de la organización que combinan la estructura por nivel asistencial y por proceso de atención⁵⁹. Otros ejemplos incluyen la Gestión de la Enfermedad^{xvi} y Gestión de Casos^{xvii} (Ver Tabla N. 5).

Tabla N. 5: Modelos de organización asistencial e instrumentos de coordinación asistencial

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

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

Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio

Los SISS se caracterizan por brindar un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio. El cuidado centrado en la persona significa que el cuidado se centra sobre la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona. Significa también el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el prestador y la persona⁶⁰. El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas/pacientes con respecto a la atención sanitaria, el cual ha sido plasmado en algunos países en las denominadas “Cartas de los Pacientes” (Ver Box N.2).

^{xiv} 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).

^{xv} 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).

^{xvi} Son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de alta prevalencia, que requieran una atención intensiva o de elevado coste, que representan un elevado costo en medicamentos, con intervenciones cuyos resultados puedan medirse y para los cuales se hayan descrito variaciones significativas en la práctica clínica (Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World Health Organ 2001;79(8):755-63).

^{xvii} Provisión de atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y subfamilias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta. Se dirige a personas con un nivel de riesgo elevado ya que requieren una atención muy costosas, 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).

DOCUMENTO EN CONSULTA

Box N.2 Derechos/deberes de las personas/pacientes más frecuentemente encontrados en las “Cartas de los Pacientes”

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

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

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

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

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

Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado no se basa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica solamente. Por el contrario, significa que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan. Por otra parte, el cuidado de base comunitaria significa además⁶¹: i) la participación de la comunidad en la identificación de las necesidades de salud, la planeación, y la entrega de los servicios; ii) la gobernanza de la comunidad en temas de gestión, gastos, asignación de recursos y evaluación del desempeño del sistema; iii) iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es al mismo tiempo la unidad de análisis y la unidad de intervención; y iv) la participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados.

Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el sistema

Las dimensiones de la gobernanza^{xviii} son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un único órgano de gobierno (gobierno corporativo), hasta múltiples órganos descentralizados con distintas funciones y responsabilidades. Si bien no existe evidencia empírica sobre qué modelo permite alcanzar un mayor grado de integración de la red, se han definido tres atributos deseables para la buena gobernabilidad del sistema: la responsabilidad del gobierno con toda la red, esto es, una perspectiva de sistema a la hora de tomar decisiones estratégicas; la responsabilidad con la población que atiende; y, por último, la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las entidades del sistema para asegurar la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo de la red. Las ventajas de la centralización son claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna, mientras que un gobierno descentralizado acerca la toma de decisiones a las circunstancias locales y el proceso es más ágil y rápido. Los miembros seleccionados para el directorio definen la composición del gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran los SISS⁶². La complejidad del gobierno del SISS requerirá la presencia de miembros con dedicación elevada y una preparación específica. Se considera clave para la integración asistencial que en la dimensión estratégica existan objetivos y estrategias compartidos por todos los servicios y que proporcionen un vínculo común para las actividades desarrolladas dentro de la red. De este modo, las responsabilidades del gobierno del SISS son: i) formular los fines de la organización, es decir la misión y visión del sistema; ii) asegurar que la gestión alcance un nivel de desempeño elevado, es decir realizar la función de monitoreo y evaluación del sistema; iii) normar las funciones clínicas y administrativas del sistema; iv) asegurar una financiación adecuada para la organización; v) y asumir la efectividad del desempeño propio, como órgano de gobierno⁶³.

Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico

Los arreglos de gestión del sistema dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). SISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación. Esto significa proveer a los niveles jerárquicos intermedios de roles de coordinación y de un sistema de presupuestación multi-nivel⁶⁴. Los cambios en el segundo y tercer nivel de gestión involucran el paso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de cuidados para los grupos poblacionales. Para ello, los SISS han comenzado a buscar nuevos diseños organizacionales, moviéndose en un continuo desde la organización tradicional por establecimiento de salud a formas más innovadoras basadas en “líneas de servicio clínico”^{xix}. Los SISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención para todo el SISS, ya que estos sistemas ayudan a promover una cultura de sistema enfatizando los vínculos más allá de los límites burocráticos. Por otra parte, estos sistemas buscan centralizar las funciones de apoyo clínico (ejemplo laboratorio y radiología) para promover la eficiencia global del SISS e implementan mecanismos de gestión y procesos de evaluación de tecnologías para guiar las decisiones de incorporación de tecnologías.

Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema

Los recursos humanos son el capital más importante que posee un SISS, su presencia en número y competencias adecuadas se traducen directamente en la disponibilidad de los cuidados y servicios apropiados para las necesidades de la población. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud (que profesionales forman parte de ese equipo) con relación a la cobertura geográfica asignada, es indispensable y es el referente base

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

para la planificación y dotación del recurso humano en el sistema de salud. Desde el punto de vista de manejo de personal, los SISS examinan el rol del personal de la salud desde la perspectiva de la salud colectiva y la respuesta clínica así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Los SISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintos a los sistemas tradicionales. Se requieren de nuevos puestos (p. Ej. directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (p. Ej. abordaje sistémico, negociación, manejo de conflicto, gestión del cambio, métodos de mejoramiento continuo de la calidad, formación de equipos, gestión de redes). Estos cambios requieren de la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para manejar la transición desde la situación actual hasta la situación deseada y de procesos sistemáticos de educación permanente en el trabajo para ajustar competencias de los equipos de trabajo. En un SISS, la importante mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multi-funcionales y/o multi-disciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un personal específico (trabajador multi-propósito). La distribución de tareas tomando como base al equipo de salud y no solamente al médico es uno de los aspectos que definen al nuevo modelo organizativo de los SISS. Las enfermeras y otro tipo de personal de salud tienen que estar en una posición donde sienten que su conocimiento, habilidades y expectativas son valorados por el sistema y asumen posiciones gerenciales de influencia para el sistema⁶⁵. La *cultura* es otro de los factores básicos que influyen en la coordinación al interior de la organización. La cultura contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados.

Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del SISS

El sistema de información de un SISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros del sistema. Todas las unidades operativas afiliadas al sistema deben estar vinculadas con el sistema de información, aún cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema. El sistema de información debe ser consistente con la misión y el plan estratégico del SISS y proporcionar información sobre: i) la situación de salud de la población servida (incluida información sobre los determinantes sociales de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; ii) información operacional sobre la trayectoria del paciente independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); iii) información clínica; iv) información sobre satisfacción de los usuarios con los servicios; y v) información económica (facturación, afiliación, costos, etc.). Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son los siguientes⁶⁶:

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

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema

El SISS implementa un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover: i) la integración del sistema como un todo más que el desempeño individual de las unidades operativas; ii) el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial; y iii) la preservación de la salud de las personas. Para ello, el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada unidad - hospitales, equipos del 1er nivel de atención, etc.- tanto de los costos directos, como de los que induce sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global del sistema. Por otro lado, muchos sistemas están recibiendo sus ingresos financieros sobre la base de pago per-capita para todo el sistema de prestación de servicios. El pago per-cápita tendría el incentivo de mantener a las personas sanas y estimular la reorganización de la oferta de servicios de modo que ésta se produzca en el lugar más costo-efectivo. De este modo, el hospital por ejemplo pasa de ser un centro generador de ingresos a un centro de costos, al igual que el resto de la red de servicios. Un estudio de Shortell et al. (1994) sugiere que el mayor potencial de ahorro de costos bajo el

DOCUMENTO EN CONSULTA

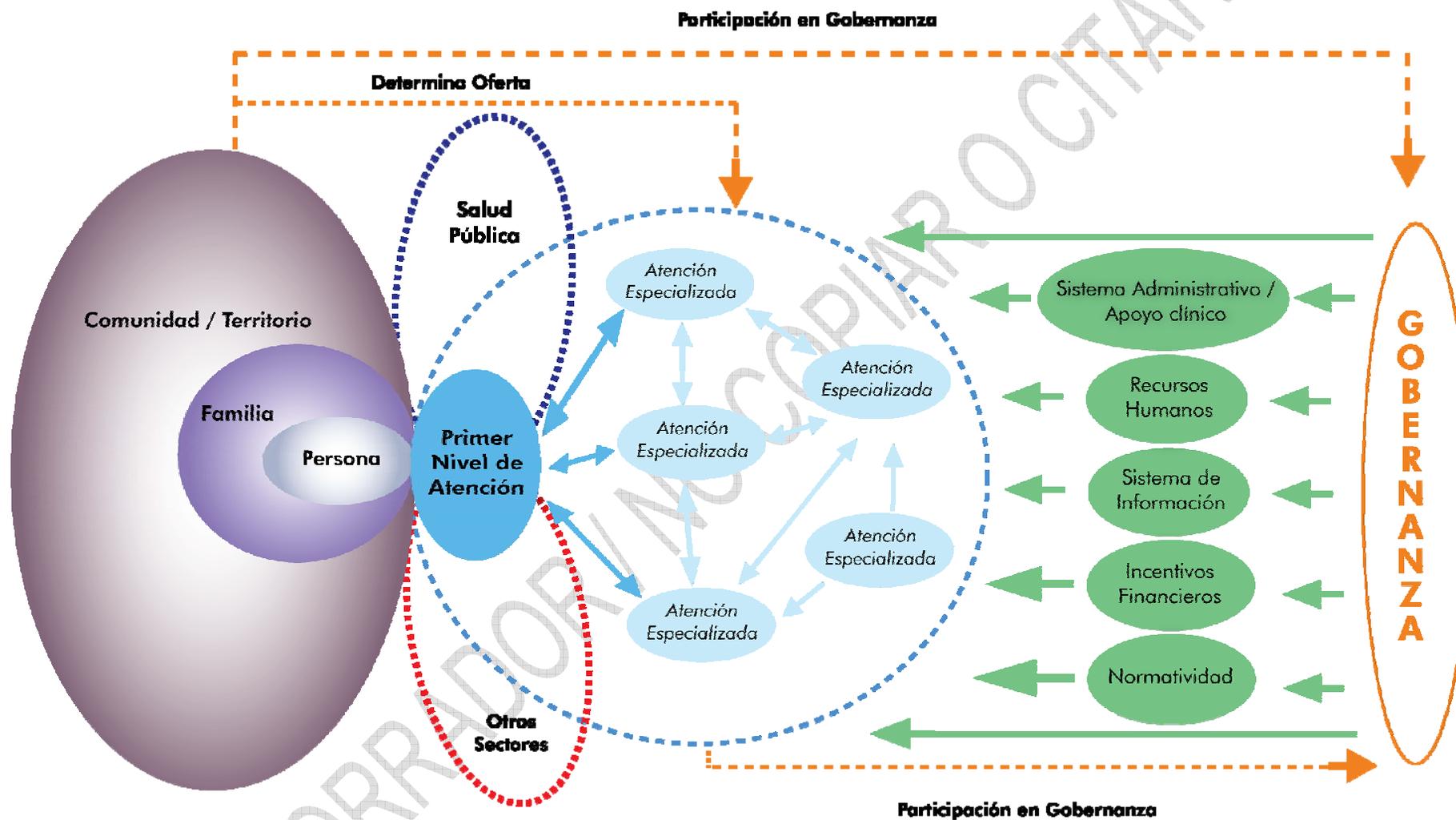
sistema capitolativo se da en el área de cuidados hospitalarios y en el área de cuidados de especialistas (35% y 16% de reducción de costos, respectivamente)⁶⁷.

Acción intersectorial amplia

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

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

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



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.

Evaluando la progresión hacia Sistemas Integrados de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados

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

1. La segmentación del sistema de salud;
2. La descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención;
3. El predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas;
4. La separación de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas;
5. El modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado agudo y el manejo intra-hospitalario;
6. La debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
7. Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y
8. Culturas organizacionales contrarias a la integración.

A continuación se presenta una propuesta de progresión en el tiempo, desde una situación hipotética de absoluta fragmentación de los servicios, hasta una situación hipotética de absoluta integración, basada en los atributos señalados anteriormente (Ver Tabla N.6). Como se podrá apreciar, en la realidad ningún sistema corresponde totalmente a un tipo particular de sistema (I, II o III). Lo más probable es que el sistema de salud de cada país se pueda ubicar en distintos niveles de integración de acuerdo a los avances de cada atributo en particular, existiendo la posibilidad de que en un mismo sistema coexistan distintos atributos en distintos niveles de progresión (p. Ej. nivel I en el atributo sobre vínculos con otros sectores, nivel II en el atributo sobre atención especializada, y nivel III en el atributo sobre población asignada). La utilidad de la tabla de progresión es poder identificar, en el contexto del total de atributos de un SISS, cuales son los atributos que requieren de una mayor prioridad de intervención.

DOCUMENTO EN CONSULTA

Tabla N. 6. Evaluando la progresión hacia Sistemas Integrados de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados

Atributos	Nivel de progresión de los atributos que conforman los Sistemas Integrados de Servicios de Salud		
	I	II	III
	Sistema fragmentado	Sistema parcialmente integrado	Sistema integrado
Población/ territorio	Sin población/territorio a cargo	Población/territorio a cargo definido, pero con escaso conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud.	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema
Oferta de servicios de salud	Muy limitada y restringida al 1er nivel de atención	Amplia oferta de establecimientos y servicios pero bajo diversas dependencias organizacionales que funcionan en forma independiente unas de otras	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, todos bajo un único paraguas organizacional
1er nivel de atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa en teoría como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad resolutive	Actúa de facto como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población
Atención especializada	Acceso des-regulado a especialistas y predominio de atención especializada en ambiente hospitalario	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios
Mecanismos de coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial pero que no cubren todo el espectro de servicios	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
Tipo de cuidado	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio
Gobernanza del sistema	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras. Las instancias de participación son limitadas	Un sistema de gobernanza único y participativo para todo el SISS.
Gestión del sistema	Gestión administrativa débil	Gestión administrativa integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo clínico	Gestión integrada de sistemas administrativos y de apoyo clínico
Recursos humanos	Insuficientes para las necesidades del sistema	Recursos humanos suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con el sistema	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema
Sistema de información	No hay sistema de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del SISS
Financiamiento	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema como un todo
Vínculo con otros sectores	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial amplia, mas allá de los sectores sociales

CAPÍTULO 4: Los Instrumentos de Política Pública y los Mecanismos Institucionales Disponibles Para Conformar Sistemas Integrados de Servicios De Salud

Los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales disponibles para conformar Sistemas Integrados de Servicios de Salud

Los formuladores de política, gestores y prestadores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos y mecanismos que los pueden asistir en la conformación de SISS. El listado de opciones que se presenta a continuación ha sido construido sobre la base de la revisión bibliográfica y discusiones del grupo de trabajo en SISS. La disponibilidad de resultados de investigación, relatos de experiencias y lecciones aprendidas, y conocimiento científico sistematizado que respalda las opciones planteadas es muy variable. En algunos casos la evidencia empírica es muy fuerte, en otros es débil, y en otros es inexistente. En todo caso, la lista propuesta señala todas las posibilidades que se pueden encontrar en la literatura. Su inclusión en la lista debe ser vista en términos de posibilidades, y no necesariamente en términos de recomendaciones basadas en la evidencia. No obstante lo anterior, la revisión bibliográfica realizada en apoyo al presente documento señala una fuerte efectividad de los siguientes instrumentos/mecanismos^{68 69}: la identificación de los miembros del sistema con la misión y los valores de la organización; un proceso de planificación estratégica que promueve la contribución de los todos componentes del sistema; políticas y prácticas de presupuesto que promueven la coordinación a través de las líneas de servicio; procesos de garantía/mejoramiento continuo de la calidad que son compartidos a través de las unidades operativas; la habilidad de asignar recursos a través de las unidades operativas para conseguir mayor integración clínica; la integración del personal de salud con el sistema; la gestión de casos y la gestión de la enfermedad; la integración electrónica de la información clínica; y el sistema de pago per-cápita para la totalidad del SISS. Por último, el objetivo de este documento no es desarrollar cada opción en forma particular, sino más bien hacer disponible un universo amplio de posibilidades de modo de ayudar en la identificación de opciones, las cuales tendrán que desarrollarse posteriormente en forma específica.

Para propósitos de este documento, hemos agrupado los instrumentos y mecanismos referidos anteriormente en dos grupos principales: uno sobre instrumentos de política, y otro sobre mecanismos institucionales. El primer grupo está orientado a formuladores de política, ya sean estos del nivel nacional, regional o sub-regional (dependiendo del grado de descentralización del sistema). El segundo grupo está orientado a gestores y prestadores de servicios de salud. La agrupación anterior es artificial y tiene como único propósito facilitar la presentación de las opciones en el texto. En la realidad, la división entre formuladores de política y gestores/prestadores de servicios no es marcada, particularmente en situaciones donde no hay separación de funciones al interior del sistema. Esto significa que las opciones de instrumentos de política y los mecanismos institucionales pueden ser utilizados en forma conjunta por diversos actores institucionales tanto públicos como privados. La relevancia y la pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerán de cada realidad en particular, tema que será discutido en la siguiente sección de este capítulo.

Instrumentos de política pública

Los instrumentos de política son los medios por los cuales los objetivos de política pública son alcanzados⁷⁰. El instrumento de política pública más frecuentemente usado por los gobiernos es el jurídico. Sin embargo, desde el punto de vista del impacto de las políticas públicas, es importante complementar los instrumentos jurídicos con otro tipo de instrumentos⁷¹. Los instrumentos de política pública disponibles son los siguientes:

1. *Jurídicos*, es decir el empleo de requerimientos/mandatos legales que toman la forma de ley (poder legislativo), decreto (poder ejecutivo), u orden judicial (poder judicial).
2. *Provisión directa de servicios*, es decir la prestación directa a través de servicios del Estado, o intervención en otros procesos institucionales de forma variada de modo de obtener resultados.
3. *Desarrollo de capacidades de otros*, es decir la transferencia de recursos financieros, informativos y organizacionales a terceras partes de modo de construir sus capacidades para alcanzar objetivos que son de interés tanto de las partes involucradas como de los hacedores de política. La acción está dirigida a facilitar el desarrollo de normas y procesos en sociedad con otros actores sociales.
4. *Impuestos y tarifas*, que consiste en aumentar el costo de ciertas conductas. El foco es el cambio de conducta y la alteración del proceso de “mercado” para el cálculo de costos y beneficios.

DOCUMENTO EN CONSULTA

5. *Gasto y subsidios*, es decir el uso de dinero en la forma de donación, subsidio, transferencia y/o “voucher” que disminuye el costo de alguna conducta o resultado deseado. El foco también es el cambio de conducta y la alteración del proceso de “mercado” para el cálculo de costos y beneficios.
6. *Información y exhortación*, que consiste en el uso de la información para cambiar conductas y/o visiones normativas. El instrumento asume que las personas tienen incentivos para cambiar sus conductas basados en la información. A diferencia del instrumento jurídico, el uso de la información se basa en una respuesta voluntaria.

Los instrumentos de provisión directa de servicios y los de índole jurídico son considerados más coercitivos y de mayor intervención Estatal. El desarrollo de capacidades, los impuestos, los subsidios y la información son considerados menos coercitivos y funcionan más bien sobre la base de incentivos para modificar las conductas.

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

Mecanismos institucionales

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

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

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

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

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

DOCUMENTO EN CONSULTA

Matriz de instrumentos de política pública y mecanismos institucionales disponibles para conformar Sistemas Integrados de Servicios de Salud

Atributo SISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No-jurídicos	Vías clínicas	Vías no-clínicas
Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asignar población a servir con base territorial ▪ Requerir 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 		
Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir un conjunto de prestaciones/servicios lo más amplio posible o programar la oferta de servicios, incluyendo parámetros de calidad de la atención ▪ Normar tamaño mínimo poblacional para el funcionamiento del sistema/redes de servicios de salud de acuerdo a criterios de eficiencia y economías de escala ▪ Acreditar redes de servicios/sistemas integrados (en oposición a la acreditación de establecimientos individuales) ▪ Establecer un marco jurídico que facilite las consolidaciones, fusiones, formación de alianzas y formación de grupos de práctica clínica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular la integración de prestadores a través de incentivos financieros y no-financieros para la formación de sistemas integrados ▪ Desarrollar planes de inversión en infraestructura acorde con SISS, de acuerdo a estudios de oferta (optimizada) y demanda (proyectada) ▪ Disponibilizar herramientas para el análisis de alternativas de prestación de servicios, incluyendo la compra de servicios o el desarrollo de infraestructura propia ▪ Crear grupos de práctica clínica con múltiples especialidades, incluyendo médicos de familia o generalistas, todos ejerciendo en el mismo establecimiento y compartiendo responsabilidades en forma conjunta para todo el sistema. 		

DOCUMENTO EN CONSULTA

<p>Un 1er nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normar la puerta de entrada al sistema a través del 1er nivel de atención ▪ Normar prestación de servicios personales y servicios de salud pública en forma conjunta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular la formación de personal de 1er nivel a través de subsidios para su formación y/o oferta educativa directa ▪ Nivelar salarios de personal del 1er nivel de atención con personal de especialidades ▪ Desincentivar programas verticales ▪ Fusionar esquemas de financiamiento de los servicios personales y los servicios de salud pública, en los casos que corresponda ▪ Educar a la población sobre los beneficios de hacer uso del 1er nivel de atención en oposición a la consulta de especialistas ▪ Terminar con los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo para los servicios del 1er nivel de atención 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilizar al equipo de 1er nivel por un grupo poblacional/comunidad definido ▪ “especializar” el cuidado del 1er nivel de atención a través del empleo de médicos y enfermeras generalistas, integralistas o de familia ▪ Implementar equipos multidisciplinarios ▪ Incorporar especialistas al equipo de 1er nivel de acuerdo a necesidades de salud (nutricionistas, fisioterapeutas, asistentes sociales, dentistas, pediatras, gineco-obstetras, internistas, etc.) ▪ Potenciar capacidad diagnóstica y terapéutica del 1er nivel a través de servicios básicos de laboratorio, radiología, mamografía, espirometría, ECG y cirugía ambulatoria mínima ▪ Implantar esquemas de extensión horaria para facilitar el acceso a la atención ▪ Implantar esquemas de servicios de urgencia del 1er nivel de atención 	
<p>Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normar la conformación de redes de servicios de salud de base regional (en oposición a redes de base hospitalaria) ▪ Normar niveles de atención con base a criterios demográfico-epidemiológicos, de equidad, eficiencia, y disponibilidad de recursos ▪ Regular el acceso a especialistas ▪ Regular el acceso al cuidado intra-hospitalario 	<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 creación y/o ampliación de la 		

DOCUMENTO EN CONSULTA

		<p>oferta de camas hospitalarias sobre la base de estudios de oferta y demanda, siempre y cuando se den dentro del marco de la sustitución de los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular formación de generalistas y desincentivar la formación de especialistas de acuerdo a necesidades de salud de la población ▪ Realizar auditorías de egresos hospitalarios para determinar si el cuidado fue provisto en el sitio más apropiado 		
Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normar Guías de Práctica Clínica (GPC) para todo el sistema ▪ Normar que el 1er nivel de atención sea el coordinador de la atención asistencial 		<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 ▪ Hoja de interconsulta/referencia ▪ Informe médico/de alta hospitalaria ▪ Sesiones clínicas integradas entre niveles asistenciales ▪ Rotaciones de personal entre niveles asistenciales ▪ Gestión de casos ▪ Gestión de enfermedad ▪ Líneas de servicios clínicos ▪ Telemedicina 	
Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normar carta de derechos de atención de las personas/pacientes ▪ Establecer mecanismos jurídicos para que las personas puedan hacer exigibles sus derechos de atención ▪ Normar modelos de atención centrados en las personas, la familia y la comunidad/territorio ▪ Normar modelos de atención de enfoque intercultural y de género 	<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"> ▪ Incorporar agentes comunitarios de la salud ▪ Incorporar la medicina tradicional/no-alopática ▪ Incorporar modelos de cuidados en el hogar y/o comunitarios ▪ Incorporar esquemas de autocuidado de la salud y auto/gestión de la enfermedad ▪ Incorporar esquemas de participación de las personas en las decisiones clínicas que las envuelven 	<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

DOCUMENTO EN CONSULTA

<p>Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el SISS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear instancia de gobernanza del sistema a nivel regional o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio) ▪ Crear directorio con representación de actores relevantes, incluidos los proveedores y la comunidad ▪ Normar estructuras de gobernanza corporativa única para todo el sistema (director ejecutivo y/o directorio corporativo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitar director ejecutivo/directorio en gestión de sistemas ▪ Rotar miembros de gobierno por las distintas unidades operativas del sistema ▪ Educar a la población y a los prestadores de salud sobre los beneficios de los sistemas integrados 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar misión, visión, valores y objetivos del sistema como un todo en forma participativa ▪ Realizar planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño en forma compartida por todo el sistema ▪ Consensuar sistema de monitoreo y evaluación de desempeño del sistema, con metas para la totalidad del sistema, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas
<p>Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear instancia de gestión del sistema a nivel regional o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio) 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propiciar gestión basada en el desempeño y los resultados del sistema como un todo ▪ Propiciar cultura organizacional del sistema como un todo ▪ Implementar diseños organizacionales matriciales (entre líneas productivas basadas en productos/servicios y líneas basadas responsabilidad geográfica y/o de mercado) ▪ Asegurar los aspectos gerenciales de estructura, planificación y coordinación de los esfuerzos de mejoría de la calidad ▪ Elaborar contratos, contratos-programa y/o compromisos de gestión con metas de integración clínica/administrativa al interior del sistema ▪ Instaurar centrales de regulación (citas) única para los pacientes ▪ Mejorar sistemas de comunicación al interior del sistema (e-mail, teléfonos) ▪ Compartir sistemas de apoyo clínico al interior del sistema (laboratorio clínico, radiología, banco de sangre, anatomía patológica, etc.) ▪ Compartir sistemas de provisión de medicamentos e insumos médicos al interior del sistema

DOCUMENTO EN CONSULTA

<p>Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibilizar requerimientos de certificación y re-certificación del personal de salud modo de facilitar reasignaciones al interior del sistema 	<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 el nuevo sistema (trabajo en equipo, abordaje de sistemas, mejoramiento continuo de la calidad, uso de guías y protocolos, análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, epidemiología, diagnóstico de situación de salud con base poblacional, etc.) 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Propiciar formación de equipos de trabajo multidisciplinarios y trabajadores multi-propósito ▪ Capacitar y re-capacitar personal para crear una fuerza de trabajo flexible que puede ser utilizada a través de todos los sitios de atención ▪ Implementar programas de capacitación del personal en forma integrada ▪ Implementar proyectos de investigación mixtos al interior del sistema
<p>Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del SISS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normar sistemas de información de base poblacional ▪ Normar sistemas de información que desagreguen información de acuerdo a sub-grupos poblacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseminar información sobre el desempeño del SISS con todos los miembros del sistema, incluida la comunidad. ▪ Capacitar a formuladores de política, gestores y prestadores en el análisis de datos de modo de generar información y conocimiento para la acción ▪ Monitorear desempeño de los SISS 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 para todo el sistema (tanto para datos clínicos como para datos administrativos) ▪ Informatizar toda la información clínica de los usuarios ▪ Implementar sistemas de orientación a la decisión clínica ▪ Realizar encuestas de satisfacción de los usuarios con los servicios ▪ Disponibilizar sistemas de consulta en línea para los usuarios 	<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.
<p>Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar incentivos financieros para la integración del sistema (p. ej. pago per-capita ajustado por riesgo para toda la red) ▪ Incentivos financieros especiales para estimular servicios de fomento y prevención ▪ Mayor asignación relativa de recursos financieros (de operación y de capital) para el 1er nivel de atención y otros servicios ambulatorios no hospitalarios ▪ Implantar mecanismos de remuneración de los médicos de modo que compartan el riesgo financiero con respecto al desempeño del sistema 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar incentivos financieros para el cumplimiento de las metas en salud, la integración del sistema como un todo y la entrega de los servicios en el lugar más costo efectivo ▪ Integrar el sistema de presupuestación de todo el sistema ▪ Instaurar modalidad de centros de costos

DOCUMENTO EN CONSULTA

Acción intersectorial amplia		<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
------------------------------	--	--	--	--

BORRADOR / NO COPIAR O CITAR

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

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

Sistemas de salud altamente segmentados

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

Sistemas sin cobertura universal

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

Sistemas con descentralización que fragmenta la prestación de servicios

En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de coordinación asistencial entre niveles asistenciales con distinta dependencia administrativa, y la falta de economías de escala para la prestación de servicios especializados en el caso de descentralizaciones con bajos volúmenes de población beneficiaria. En estos sistemas la prioridad fundamental es mejorar los mecanismos de coordinación asistencial entre los niveles de atención. Como este tipo de situación se da normalmente entre sistemas que se encuentran en la esfera de lo público, los sistemas deberán privilegiar mecanismos de tipo institucional para coordinar el continuo asistencial, haciendo uso de las vías

DOCUMENTO EN CONSULTA

clínicas y no-clínicas. En el caso de la falta de economías de escala, los distintos entes administrativos locales (municipios, distritos, jurisdicciones) pueden asociarse mediante esquemas de integración virtual (alianzas, consorcios, acuerdos y/o contratos) para mejorar economías de escala, particularmente para optimizar los sistemas de apoyo clínico tales como provisión de medicamentos, insumos y equipamiento médico, entre otros.

Sistemas con separación de funciones y gran diversidad de prestadores de servicios

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

BORRADOR / NO COPIAR O CITAR

CAPÍTULO 5: La “Hoja de Ruta” Para Avanzar en el Desarrollo de Sistemas Integrados de Servicios de Salud en la Región de las Américas

Las lecciones aprendidas

La implementación pasada de redes/sistemas integrados ha dejado valiosas lecciones que nos ayudan a formular una estrategia exitosa de implementación. Entre las lecciones aprendidas más importantes podemos destacar^{72 73 74 75}:

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

Por otro lado, la revisión bibliográfica realizada permite identificar una serie de *barreras y factores facilitadores para la integración*, los cuales se resumen en la siguiente tabla^{76 77 78 79}:

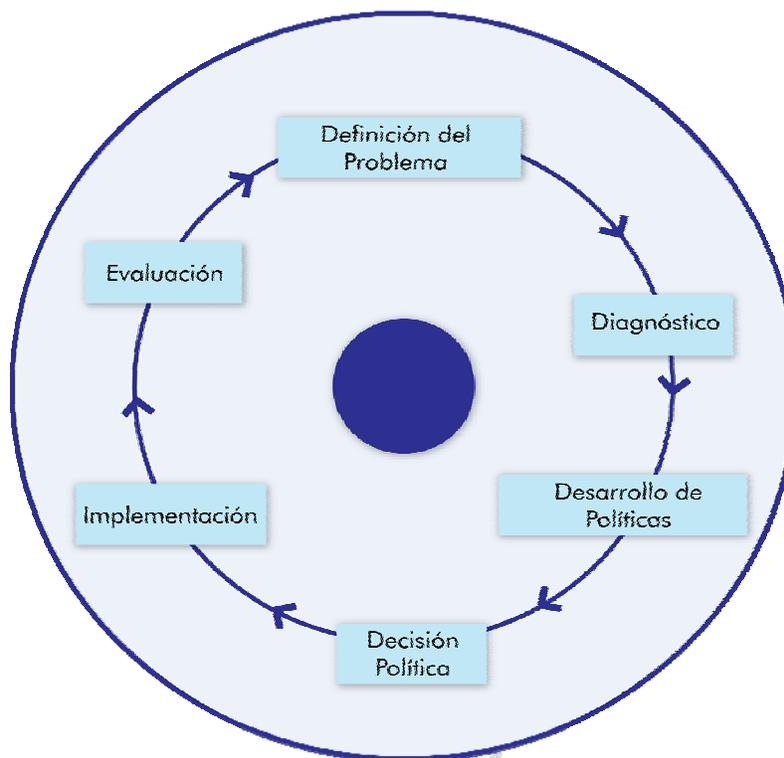
Tabla N. 6. Barreras y facilitadores de la conformación de SISS

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

El círculo de formulación de políticas para la desarrollo de Sistemas Integrados de Servicios de Salud

La implementación de políticas públicas que promuevan el desarrollo de SISS requerirá de una serie de pasos y acciones que pueden resumirse en el *círculo de formulación de políticas* (Ver Figura N.4). Este círculo conlleva las siguientes etapas secuenciales: i) definición del problema; ii) diagnóstico de la situación; iii) desarrollo de políticas; iv) decisión política; v) implementación; y vi) evaluación⁸⁰.

Figura N.4 El círculo de formulación de políticas (Modificado de Roberts et al., 2003)



Definición del problema

En esta etapa se debe precisar *cual es el problema* de integración, el *objetivo de la política* de integración y la decisión de incluir el tema de integración dentro de la *agenda política*. Los atributos de los SISS planteados en el capítulo 3, además de la tabla sobre progresión de los niveles de integración, pueden ayudar a determinar cuales son y donde están localizados los principales problemas de integración. Como se señaló en el Capítulo 1, las manifestaciones de la fragmentación de los servicios de salud son múltiples y pueden reflejarse en los distintos niveles del sistema. Al respecto, uno podría plantearse por ejemplo si el problema principal es la falta de conocimiento sobre las necesidades de salud de la población, lo que impide adaptar la oferta de servicios a las necesidades de salud de la población, o si se trata más bien de un problema debido a la baja capacidad resolutive del 1er nivel de atención, lo que impide la entrega de servicios integrales cercanos a donde la población reside, o si se trata de un problema de falta de coordinación asistencial entre niveles de atención, lo cual dificulta el continuo asistencial. Lo importante en este punto es definir cuál o cuales son los principales problemas de integración para así poder definir más específicamente el objetivo de la política de integración. En caso que existan múltiples problemas de integración, los formuladores de política deberán privilegiar cual o cuales son los problemas que se abordarán primero en un esquema de acción a mediano y largo plazo. Cada problema específico identificado originará entonces un objetivo de política específico. Usando los ejemplos anteriores, estos se podrían formular de la siguiente forma: mejorar el conocimiento de las necesidades de salud de la población servida, o mejorar la capacidad resolutive del 1er nivel de atención, o mejorar la coordinación asistencial entre los niveles de atención. Finalmente, en esta etapa se debe asegurar que la política de integración, con sus objetivos específicos, sea integrada dentro de la agenda política de la institución. La inclusión dentro de la agenda política es fundamental para lograr la prioridad dentro de la acción del gobierno, al igual que el respaldo político de todos los niveles del sistema.

Diagnóstico de la situación

En esta etapa se debe hacer un análisis sobre las *causas primordiales* de los problemas de integración identificados en la etapa anterior. Además, el diagnóstico de situación debe complementarse con un análisis sobre el *contexto* de los servicios y sobre los *actores relevantes*, los cuales proveerán posteriormente información clave para las etapas de

DOCUMENTO EN CONSULTA

desarrollo de políticas y de decisión política. Como se señaló en el Capítulo 1, la fragmentación puede tener muchas causas, y estas a su vez pueden variar de una realidad particular a otra. Siguiendo con los ejemplos anteriores, la falta del conocimiento de las necesidades de salud de la población se puede originar por problemas de falta de definición de una población/territorio asignado, o de falta de datos sobre la población, o de falta de capacidad para transformar los datos en información, conocimiento y acción. A su vez, cada uno de estos problemas puede tener otras causales, y así sucesivamente. Lo importante del ejercicio es entender las causas primordiales de modo de poder informar la elaboración de políticas que vayan a solucionar el fondo del problema. Además, es importante conocer las características generales de la población y sus sub-grupos (existencia de minorías, población indígena, afrodescendientes, ancianos, etc.), las características del territorio a cubrir, el nivel de oferta de servicios, la existencia de otros prestadores (competencia), el nivel de utilización de los servicios, al igual que otras variables relevantes. A nivel del análisis del contexto, se deben analizar aspectos tales como la situación macroeconómica del país, el entorno político e institucional, los valores sociales dominantes, las influencias externas (por ejemplo la presión de los donantes para financiar programas verticales) y las políticas sanitarias más generales.

Como se señaló en la sección sobre lecciones aprendidas, el desarrollo de SISS no es fácil debido a que la mayoría de los sistemas no pueden dismantelar totalmente sus estructuras existentes y reemplazarlas de forma inmediata con nuevas estructuras compatibles con el nuevo esquema. Por lo tanto, los esfuerzos de reestructuración deben comenzar desde las estructuras existentes⁸¹. Las estructuras organizacionales existentes tienden a crear o perpetuar barreras al desarrollo de los SISS. Muchos actores buscan aferrarse a las estructuras antiguas de gestión y gobernanza, enraizadas en la autonomía institucional, la cual enfatiza la gestión de departamentos individuales, la protección de territorios y el llenado de camas hospitalarias. Muchos miembros del sistema pueden percibir los esfuerzos de integración como esquemas corporativos para usurpar el poder de las unidades operativas más que como una forma de mejorar el cuidado de las personas y/o la comunidad. La implementación de los SISS generará resistencias al cambio, las cuales pueden ser de orden individual o de orden organizacional. A nivel individual, las resistencias se producen por cambios en los hábitos de trabajo, en la seguridad del trabajo, en factores económicos (cambios en el nivel de ingreso), o simplemente por miedo a lo desconocido. A nivel organizacional, las resistencias se producen por inercia estructural, por amenaza a la experticia, por amenaza a las relaciones de poder, o por amenaza a las asignaciones de los recursos. Por todo lo anterior, es importante hacer un análisis de las partes interesadas tanto individuales como grupales. El análisis de las partes interesadas debiera incluir conocimiento sobre sus posturas, intereses corporativos, capacidad de formar alianzas, nivel de recursos, nivel de poder y capacidad para ejercer liderazgo.

Desarrollo de políticas

En esta etapa de la formulación de políticas se debe *identificar y sistematizar las experiencias y lecciones aprendidas y el conocimiento científico disponible* sobre las opciones de políticas, *construir alternativas de políticas, definir criterios de selección, proyectar los resultados, confrontar los pros y los contras de cada opción, y hacer una recomendación de política*. El proceso de selección del instrumento requiere, como mínimo, conocer: i) el inventario de posibles instrumentos y su respectiva racionalidad; y ii) el criterio por el cual estos instrumentos pueden ser revisados. Además, la selección del instrumento dependerá siempre del complejo proceso de interacción entre la naturaleza del problema, la opinión pública, y las prioridades políticas. Para ello, en esta etapa se puede introducir un proceso de consulta con actores relevantes. Se espera que la matriz de instrumentos de política y mecanismos institucionales presentados en el Capítulo 4 pueda ayudar en este proceso.

Al revisar el listado de instrumentos de política, se debe considerar lo siguiente:

1. En el proceso de selección del instrumento no se trata de la selección de un instrumento único para abordar un problema único. Los problemas se presentan en matrices complejas, y las respuestas de política pública generalmente consisten de una matriz de varios instrumentos.
2. Existen ventajas y desventajas de cada instrumento, y cada uno satisface diferentes criterios, pero de alguna forma cada instrumento puede ser sustituto de otro.
3. La sustitución de instrumentos es más fácil cuando el instrumento se focaliza principalmente en el mismo tipo de conducta, norma o proceso a cambiar.
4. El impacto potencial del instrumento de política sobre la equidad y la eficiencia del sistema de salud

Como se desprende del Capítulo 4, los formuladores de política deberán decidir que nivel de intervención (por ejemplo provisión directa de servicios) o coerción (instrumentos jurídicos) quieren introducir en el sistema. Como se

DOCUMENTO EN CONSULTA

dijo anteriormente, los instrumentos anteriores se pueden complementar o sustituir por la introducción de instrumentos orientados a incentivar los cambios de conducta de los prestadores por medio incentivos financieros, persuasión, información o construcción de capacidades.

En términos generales, los criterios amplios para la selección de instrumentos incluyen:

1. Criterios de eficiencia (costo-beneficio, grado de cumplimiento y aplicabilidad, etc.)
2. Criterio de procedimiento (transparencia, responsabilidad, información, etc.)
3. Criterios jurídicos (jurisdicción, consistencia con otros estatutos, consistencia con obligaciones internacionales, necesidad de nueva autoridad jurídico, procesos para enmendar, capacidad contractual de los socios, grado de responsabilidad del gobierno en el contexto regulatorio, etc.). Por ejemplo, el seguimiento de las reglas de los servidores públicos puede dificultar los esfuerzos de rediseñar las responsabilidades de los cargos, desarrollar mecanismos de compensación no tradicionales, y cambiar la cultura organizacional.

Otros criterios a considerar en la selección de los instrumentos incluyen la consistencia y coherencia interna con el conjunto de reformas implementadas, la capacidad institucional de implantar el cambio, la facilidad de ejecutar el cambio, y la disponibilidad de recursos financieros, técnicos y administrativos para su implementación.

Decisión política

Las decisiones sobre política representan distribución de poder y recursos (tangibles o intangibles), y expresan también los valores predominantes de la sociedad. Las especificidades de cada contexto (ideología dominante, partido político gobernante, etc.) juegan un papel fundamental en las decisiones sobre políticas públicas. A nivel de países, uno podría identificar diferentes prioridades: por ejemplo para algunos países algunas opciones podrían estar orientadas más por consideraciones de costo, mientras que en otros, las opciones podrían estar más orientadas por aspectos de la práctica clínica, y en otros por la promoción de derechos y la equidad en salud. Por otro lado, como en cualquier proceso de toma de decisión que considera servicios de interés público, se requiere considerar las posiciones e intereses de todas las partes interesadas (comunidad, políticos, profesionales, etc.). De este modo, los políticos, burócratas y ciudadanos juegan un papel fundamental en influenciar el proceso de toma de decisiones y sus bases técnicas y/o políticas. No obstante lo anterior, la decisión de los instrumentos de política pública debiera orientarse en un análisis técnico previo⁸².

En este nivel de decisión se deben analizar además aspectos sobre distribución del poder y autoridad política, y el ritmo de la puesta en práctica de la política, es decir, decidir si se seguirán las estrategias de “Big-Bang”, o implementación incremental o dual, o el uso de proyectos demostrativos. Con relación a lo anterior, en los últimos años han aparecido algunas estrategias innovadoras para facilitar el cambio organizacional:

1. Seguir una visión amplia más que un “blue print” detallado al comienzo del proceso;
2. Proveer un foco visible de liderazgo central al interior de la organización para conducir el cambio durante períodos claves, y hacer uso de asesores externos de experiencia comprobada;
3. Usar una política comunicacional proactiva para “vender” la iniciativa;
4. Auspiciar un programa para el desarrollo de proyectos que rápidamente se conviertan en “modelos” a nivel nacional;
5. Identificar e intervenir en sitios “receptivos” antes de moverse y diseminarse hacia otros sitios menos receptivos;
6. Establecer éxitos tempranos que ayuden a “señalizar” que no hay vuelta atrás; y
7. Enviar personal clave del nivel central hacia localidades de “alto perfil”.

Implementación

La etapa de implementación de las políticas es la más compleja de todas y sus contenidos específicos dependerán de cada situación en particular. A modo de ejemplo: en el caso de mejorar el conocimiento de las necesidades de salud de la población servida, se puede decidir capacitar a los gestores y prestadores en el análisis de la situación de salud; o en el caso de mejorar la capacidad resolutoria del 1er nivel de atención, se puede decidir implementar equipos multidisciplinarios; o en el caso de mejorar la coordinación asistencial entre los niveles de atención, se puede decidir implementar la historia clínica única para todo el sistema. No obstante la gran variación de los contenidos a

DOCUMENTO EN CONSULTA

implementar, y con base en las lecciones aprendidas en el pasado, se pueden recomendar algunas estrategias/orientaciones generales para facilitar la implementación de los SISS:

1. *Desarrollar un plan estratégico para el SISS*

Tradicionalmente, las decisiones concernientes al desarrollo, adquisición y fusión de unidades operativas, servicios y otros componentes se han hecho sobre la base de esfuerzos puntuales. La falta de una estrategia apropiada ha producido sistemas que ya sea no tienen los componentes necesarios para el sistema, o tienen componentes contradictorios con los atributos del SISS. El plan debe detallar las prioridades del sistema, la asignación de los recursos, el plan de negocios correspondiente, y los responsables de su cumplimiento. Debido a que el foco principal del sistema es la integración clínica, el plan debe incorporar objetivos explícitos de integración clínica. El desarrollo del plan debe ser incremental y priorizar algunas áreas clave, las cuales deben concentrar los esfuerzos iniciales. La concentración de esfuerzos permite experimentar y aprender de los errores sin afectar a la totalidad del sistema.

2. *Comunicar el compromiso del liderazgo*

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

3. *Modernizar el proceso de gobernanza*

El sistema debe asegurar que sus procesos de gobernanza son compatibles con el foco de sistema. Para lo anterior, existen alternativas tales como la eliminación de directorios redundantes, la consolidación de directorios en un solo directorio, y la transferencia gradual del poder de decisión a un directorio único. La participación de representantes de las diversas unidades operativas en el directorio formado puede ayudar a facilitar estos cambios. Otros pasos que se pueden seguir son: reasignar los recursos de acuerdo con las estrategias; establecer incentivos que estén en la misma línea de la estrategia; reasignar y adjudicar nuevas funciones/tareas; y formar las nuevas habilidades y conocimientos.

4. *Ganar la aceptación de las unidades operativas*

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

5. *Desarrollar una “cultura” fuerte de sistema*

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

6. *Buscar un diseño organizacional acorde con la integración*

Como se señaló en el capítulo correspondiente, el diseño organizacional de un SISS debe ser hecho para satisfacer las necesidades específicas de cada sistema. El resultado puede ser un diseño que busque más la integración o la diferenciación de las unidades operativas, la centralización o descentralización de la toma de decisiones, el menor o mayor nivel de apertura al medio, y la innovación o la estandarización de los procesos⁸³. Las implicaciones y consecuencias de un tipo de diseño organizacional u otro son muy relevantes. De acuerdo a Dixon “en la medida que la estructura se basa en dimensiones que son básicamente de carácter institucional o profesional (establecimientos, disciplinas o productos/servicios), existe una tendencia a reforzar los patrones existentes de servicio y prevenir desarrollos que cuestionan los límites institucionales y profesionales. En la medida que la estructura organizacional se basa en dimensiones tales como áreas geográficas, poblaciones o mercados, existe una mayor probabilidad en identificar necesidades que no están siendo satisfechas, o producir soluciones innovadoras y proveer servicios que cortan a través de los límites organizacionales”⁸⁴.

7. *Explorar las opciones de integración real o virtual*

El SISS debe decidir si privilegiará una integración vertical real o una integración vertical virtual. Al respecto, la revisión bibliográfica realizada no ha demostrado evidencia empírica que privilegie una

DOCUMENTO EN CONSULTA

alternativa por sobre la otra⁸⁵. La elección de la alternativa dependerá de las particularidades del ambiente externo y de las capacidades internas de las organizaciones comprometidas, es decir, se requiere de un análisis sobre: i) los costos de transacción (costos de información, hacer contratos, supervisar contratos); ii) la facilidad de acceso a la información; y iii) la estabilidad de las relaciones contractuales. No obstante lo anterior, en la literatura algunos autores ven en la integración vertical “real” un mayor riesgo de atenuación de los incentivos y de pérdida de la adaptabilidad al cambio. En contraposición, otros autores ven en la integración “virtual” un mayor riesgo de inestabilidad de la red de proveedores, la cual a su vez amenaza la continuidad de la atención asistencial y la libertad de elección.

8. *Alinear los incentivos del sistema*

La forma de asignación de los recursos que utiliza el sistema es otra variable extremadamente importante. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada nivel asistencial (p. Ej. pago por acto, pago por actividad o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales⁸⁶. En respuesta a lo anterior, la financiación capitativa para todo el sistema se ha ido introduciendo recientemente como instrumento para fomentar la cooperación entre los proveedores. El pago-per-cápita incentiva a la red de proveedores a encontrar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red e intenten tratar el problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial.

Evaluación

El monitoreo y la evaluación del desempeño de los sistemas integrados trae aparejado grandes desafíos técnicos. Estos desafíos se pueden resumir en la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, en las dificultades metodológicas inherentes a la medición de enfoques sistémicos; y en la falta de disponibilidad y comparabilidad de los datos. No obstante lo anterior, los formuladores de política deberán desarrollar una propuesta para evaluar la efectividad de las políticas implementadas, y así poder determinar si se requiere de cambios o ajustes a los instrumentos aplicados. Por otro lado, el sólo hecho de llevar a cabo un proceso de medición de desempeño y recolección de datos es un proceso de aprendizaje importante tanto para los gestores como para las unidades operativas. Este proceso puede llevar entre otras cosas a repensar las relaciones entre las partes, a crear sinergias entre las partes, y a descubrir las brechas de información que tiene el sistema.

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

La iniciativa de OPS para el desarrollo de los SISS se enmarca dentro del objetivo estratégico No. 10 del Plan Estratégico de la Organización para el período 2008-2012⁸⁷, el cual busca “mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud” a través del desarrollo de opciones de política y estrategias para integrar las redes/sistemas de servicios de salud. Del mismo modo, la iniciativa de los SISS busca dar cumplimiento a los mandatos regionales contenidos en la Declaración de Montevideo sobre la renovación de la APS; en La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017; y en el Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (señalados anteriormente en el Capítulo 1 de este documento).

Como se ha dicho anteriormente, la gran variedad de contextos externos y realidades internas de los sistemas de prestación de servicios de salud impiden hacer recomendaciones rígidas y demasiado específicas para el desarrollo y/o consolidación de los SISS en la Región. En este sentido, cada país/realidad local deberá desarrollar su propia estrategia para la implantación de SISS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas, y desarrollo histórico de los servicios. No obstante lo anterior, la iniciativa de desarrollo de los SISS requiere de una “Hoja de Ruta”, que sin desconocer las distintas realidades de los países, permita establecer algunas áreas prioritarias de acción, definir líneas estratégicas de acción, delimitar responsabilidades de los diferentes niveles de la Organización, y tener un cronograma general de implementación.

En términos generales, la primera fase de la iniciativa (2008-2009) correspondería a la fase de identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y a la elaboración de los planes nacionales para el desarrollo y/o consolidación de los SISS. La segunda fase (a partir del 2009) correspondería a la implementación de los planes nacionales; y su continua evaluación. Para lo anterior, la Oficina Regional de la OPS/OMS priorizará a aquellos países que hayan programado el desarrollo de redes/sistemas integrados de servicios de salud dentro de sus respectivos planes de trabajo para el bienio 2008-2009. Hasta finales de abril de 2008, estos países corresponden a: Bolivia, Belice, Chile, Colombia, República Dominicana, México, Panamá, Paraguay, Trinidad y Tobago, Uruguay,

DOCUMENTO EN CONSULTA

Venezuela, El Salvador, Ecuador y Guatemala. Además, la OPS trabajará estrechamente con Cuba, Brasil y Costa Rica, países que ya tienen desarrollos importantes en el tema, y que forman parte de la línea de base de la iniciativa para el período 2008-2009.

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

A nivel de país

Los Estados Miembros, con el apoyo de la OPS/OMS, deberán:

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

A nivel sub-regional

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

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

A nivel regional

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

1. Abogar por el desarrollo de los SISS en los países de la Región.
2. Apoyar a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para el desarrollo y/o consolidación de los SISS.
3. Prestar cooperación técnica directa a los países en apoyo del desarrollo y/o consolidación de los SISS.
4. Desarrollar herramientas, metodologías y guías para el desarrollo de los SISS, especialmente en las áreas de:
 - a. Planeación de los servicios de salud con base a las necesidades, demandas y/o expectativas de la población (sobre la base del documento de OPS "Análisis Funcional de Redes de Servicios de Salud").
 - b. Integración de los servicios de salud pública con los servicios de atención a las personas (en el marco de la iniciativa de Salud Pública de Las Américas).
 - c. Integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas (o programas verticales) con enfoques más horizontales del 1er nivel de atención de salud.
 - d. Guías de Práctica Clínica (en el marco de la Red Iberoamericana de Guías de Práctica Clínica).
 - e. Cartas de derechos de las personas/pacientes con relación a la atención de salud (en el marco de línea de cooperación técnica en extensión de la protección social en salud)
 - f. Gobernanza de los SISS (en el marco de la iniciativa de gobernanza de los sistemas de salud basados en la APS)
 - g. Sistemas de información para los SISS (en el marco de la línea de cooperación técnica en Gestión Productiva de los Servicios de Salud)
 - h. Pago per-cápita para los SISS (en el marco de las líneas de cooperación técnica en financiamiento de sistemas, y conjuntos garantizados de prestaciones de salud elaboración y costeo del conjunto de prestaciones de salud)
 - i. Monitoreo y la evaluación del desempeño de los SISS (en el marco de línea de cooperación técnica sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud)

DOCUMENTO EN CONSULTA

5. Propiciar el intercambio de experiencias exitosas de SISS entre los países de la Región, y en ocasiones con países de otras regiones del mundo.
6. Movilizar recursos en apoyo al desarrollo de los SISS en la Región.
7. Desarrollar trabajo inter-programático al interior de la OPS para incorporar el concepto de los SISS en la cooperación técnica de la Organización, particularmente en el área de enfermedades crónicas no-transmisibles y/o en otras condiciones de salud que requieren de gran coordinación asistencial de los servicios de salud.
8. Promover un diálogo con la comunidad internacional de instituciones de desarrollo, organismos financieros y/o donantes con el objeto de tomar conciencia sobre el problema de fragmentación de los servicios de salud y buscar su apoyo para el desarrollo de los SISS.

BORRADOR / NO COPIAR O CITAR

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). The World health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO.
- ² Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (). Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ³ Ehiri and Prowse (1999). Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions?. Health policy and planning 1999;14(1).
- ⁴ Magnussen, Ehiri and Jolly (2004). Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health affairs 2004;23(3).
- ⁵ Atun, Lennox-Chugani, Drobniowski, Samyshkin and Coker (2004). A framework and toolkit for capturing the communicable disease programmes within health systems. European journal of public health 2004;14(3).
- ⁶ World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- ⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2002). La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS.
- ⁸ Idem
- ⁹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde.
- ¹⁰ Saltman y Busse (2002). <http://www.euro.who.int/document/OBS/REBC01.pdf>
- ¹¹ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1997). La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial. Documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- ¹² Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. Health policy 81 (2007):258-279.
- ¹³ Shamian J, LeClair SJ. (). Integrated delivery systems now or??. Commentary paper. Healthcare papers. Health Canada.
- ¹⁴ Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- ¹⁵ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ¹⁶ Ham Ch (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Paganini, J.M (Sin fecha). Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. OPS.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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.
- ²² Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.
- ²³ World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- ²⁴ Idem
- ²⁵ Ibidem
- ²⁶ WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES (2001). Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting.
- ²⁷ 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.
- ²⁸ Idem

- ²⁹ Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- ³⁰ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). *Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ³¹ Ham Ch (2007). *Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper*. The Nuffield Trust.
- ³² Kongstvedt, PR, Gates R (1996). *Ten Critical success factors for integrated delivery systems*. An Aspen Publication. Gaithersburg, MD.
- ³³ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1997). *La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial*. Documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.
- ³⁴ World Health Organization (2008). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1*
- ³⁵ 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.
- ³⁶ 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.
- ³⁷ 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.
- ³⁸ 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.
- ³⁹ 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.
- ⁴⁰ SOWDEN, A.J., WATT, I. & SHELDON, T.A. (1997). *Volume of activity and health care quality: is there a link?* In: FERGUSON, B., SHELDON, T. & POSNETT, J. – *Concentration and choice in healthcare*. London, The Royal Society of Medicine Press.
- ⁴¹ NORONHA, J.C. et al. (2003). *Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS*. *Cad. Saúde Públ.*, 19: 1781-1789.
- 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 Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). *The new world of managed care: creating organized delivery systems*. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- ⁴⁴ 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.
- ⁴⁵ Hjordahl, P, Laerum, E (1992). *Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction*. *BMJ* 1992;304(6837):1287-90.
- ⁴⁶ 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.
- ⁴⁷ Ham Ch (2007). *Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper*. The Nuffield Trust.
- ⁴⁸ WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES (2001). *Workshop on Integrated Care*. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting.
- ⁴⁹ 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.
- ⁵⁰ 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.
- ⁵¹ 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.
- ⁵² Lega, F (2007). *Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice*. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- ⁵³ SHORTELL, S.M. et al. (1996). *Remaking health care in America: building organized delivery systems*. San Francisco, Jossey-Bass.

- ⁵⁴ DOWLING, W.L. (1997). Strategic alliances as a structure for integrated delivery systems. In: CONRAD, D.A. - Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press.
- ⁵⁵ SARACCI, R. (1998) Quelle santé pour qui? Un défi pour l'épidémiologie. Forum Mondial de la Santé, 19:3-5.
- ⁵⁶ Shortell, SM, Gillies, RR, Devers KJ (1995). Reinventing the American hospital. *Milbank quarterly* 1995;73(2):131-60.
- ⁵⁷ Kronick R, Goodman DC, Wennenberg J, Wagner E (1993). The market place in health care reform: the demographic limitations of managed competition. *The New England Journal of Medicine* 328(1):148-152.
- ⁵⁸ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ⁵⁹ Idem
- ⁶⁰ Leopold N, Cooper J, Clancy C. sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
- ⁶¹ Gofin and Gofin (2005). Community Oriented Primary Care and Primary Health Care, *American Journal of Public Health* 95(5):757.
- ⁶² Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- ⁶³ Idem
- ⁶⁴ Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- ⁶⁵ Shamian J, LeClair SJ. (). Integrated delivery systems now or??. Commentary paper. Healthcare papers. Health Canada.
- ⁶⁶ Gates M (1996). Information systems for integrated delivery systems. *Health System Leader* 3(7):4-12.
- ⁶⁷ Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- ⁶⁸ Idem
- ⁶⁹ 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.
- ⁷⁰ Pal L (2000). "There ought to be a law!" Instrument choice: an overview of the issues. Strategic Issues Series rp02-10e. Research and Statistics Division. Department of Justice, Canada.
- ⁷¹ Idem
- ⁷² 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.
- ⁷³ Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs* 1994;.....:46-64.
- ⁷⁴ World Health Organization (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1
- ⁷⁵ Idem
- ⁷⁶ 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.
- ⁷⁷ Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB (2000). Integrating health care delivery. *Health forum journal* 2000;43(6):35-9.
- 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 Satinsky MA (1998). The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc.
- ⁸⁰ Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR (2003). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford University press.
- ⁸¹ Gillies, RR, Shortell, SM, Young GJ (1997). Best practices in managing organized delivery systems. *Hospital & health services administration* 1997;42(3):299-321.
- ⁸² Lega, F (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81 (2007):258-279.
- ⁸³ Idem
- ⁸⁴ Dixon M (1983). The organization and structure of units. In: Wickings, I, editor. *Effective unit management*. London: King Edward's Hospital Fund for London.
- ⁸⁵ BAZZOLI, G.J. et al. (1999) taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Services Research*, 33: 1683-1717.

⁸⁶ Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.

⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008-2012: octubre 2007. Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington, D.C.: OPS.

BORRADOR / NO COPIAR O CITAR