



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

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

Punto 4.12 del orden del día provisional

CD49/16 (Esp.)
13 de agosto del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

Introducción

1. En el presente documento se propone la política regional para la formación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en respuesta al gran desafío de la fragmentación de los servicios de salud y para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Declaración de Montevideo, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Consenso de Iquique. En la política se estipula que las RISS contribuyen a lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y al desarrollo de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, eficientes y de mejor calidad técnica y percibida por los usuarios, que tengan en cuenta las cuestiones de género y la competencia cultural. Del mismo modo, las RISS contribuyen a mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud sin distinción de edad, género, raza, idioma, lugar de residencia, religión, orientación política, orientación sexual, nivel educativo y condición socioeconómica. Se recomienda la elaboración de planes nacionales ajustados a las realidades de cada país y basadas en la definición y los atributos esenciales de las RISS que se especifican en este documento.

Antecedentes

2. Los sistemas de salud en las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación¹ y fragmentación² (1-3). La fragmentación es una causa importante del

¹ *Segmentación* se refiere a la “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de

bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (4-6).

3. Desde el punto de vista de la demanda de servicios, el envejecimiento de la población y los estilos de vida poco saludables han generado un aumento de las enfermedades crónicas y de la comorbilidad y, por lo tanto, un aumento en la demanda de servicios de cuidado, principalmente de los que se prestan en los hogares. Estos desafíos requieren una mayor integración de los prestadores de servicios para su gestión adecuada. Por otra parte, los usuarios están exigiendo mayor participación en los asuntos de salud y que los servicios de salud se ajusten a sus preferencias tanto individuales como grupales. Desde el punto de vista de la oferta de servicios, los avances médicos y tecnológicos (por ejemplo, telesalud) plantean la necesidad de adaptar los modelos de atención, al tiempo que facilitan una mayor colaboración entre los distintos prestadores de servicios.

4. Las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa no consideraron las características propias de cada país en relación con el grado de desarrollo de las instituciones del sector de la salud, sino que más bien tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre distintos proveedores y aseguradores. Estas reformas tampoco promovieron la indispensable articulación y sinergia de las funciones de los sistemas, con lo cual se descuidaron sus complejas interrelaciones y aumentó la fragmentación de los servicios de salud (7-8).

5. En los últimos años, se ha observado una tendencia a abandonar la competencia y a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud. En este sentido, la autoridad sanitaria desempeña un papel fundamental para instrumentar

organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)". (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, DC: OPS; 2007).

² **Fragmentación** del sistema de provisión de servicios es la "coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial" (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007). Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y d) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

esta tendencia por medio de sus funciones de: a) conducción sectorial (por ejemplo, formulación de políticas y evaluación del desempeño del sistema); b) regulación; c) modulación del financiamiento; d) vigilancia del aseguramiento; e) ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); y, f) armonización de la prestación de servicios de salud (9). En el anexo A de este documento se resumen algunas iniciativas de integración de los servicios de salud que están ocurriendo en países de América Latina y el Caribe.

6. A pesar de esos esfuerzos, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el establecimiento de redes integradas todavía son insuficientes y tienen que considerarse en los futuros desarrollos del sector. Esta realidad resulta evidente en los compromisos asumidos por los países de la Región en el artículo III de la Declaración de Montevideo que dice: “los modelos de atención de salud deben...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención” (10). Más recientemente, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, recomienda fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios integrales y oportunos (11), y 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” (12).

7. En el período de mayo a noviembre del 2008, la OPS efectuó una serie de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla. Durante este período, se hicieron 10 consultas nacionales (Argentina, Belice, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Trinidad y Tabago, y Uruguay), dos consultas subregionales (Centroamérica y países del Caribe oriental y Barbados) y una consulta regional en Brasil donde participaron más de 30 países de la Región. El principal logro de las consultas fue confirmar la necesidad de abordar el problema de la fragmentación de los servicios y validar la propuesta de la OPS para la formación de las RISS en las Américas.

Análisis de la situación

8. La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para

solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales.

9. En encuestas realizadas por la OPS, la fragmentación de los servicios de salud es percibida como un problema grave, tanto por los gestores del primer nivel de atención como por los gestores de la atención especializada (13-15). Por ejemplo, solamente 22% de los encuestados del primer nivel de atención y 35% de los gestores/prestadores de la atención especializada consideran que los sistemas de referencia y contrarreferencia entre niveles de la atención funcionan adecuadamente. Con respecto al sitio de atención, los encuestados señalaron que cerca de 52% de los pacientes hospitalizados podrían haberse tratado fuera del entorno hospitalario. Por último, sólo 45% de los entrevistados del primer nivel de atención señalaron que los pacientes son examinados por el mismo médico/equipo de salud, es decir, pocos cuentan con una fuente regular de atención.

10. Aun cuando el desafío de la fragmentación de los servicios de salud es común en la mayoría de los países de la Región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo de cada situación. A pesar de lo expuesto, el examen de la bibliografía y las consultas con los países mostraron las siguientes causas principales de la fragmentación: a) segmentación institucional del sistema de salud; b) descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; c) predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones concretos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; d) separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; e) modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; f) debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; g) problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; h) deficiencias en la definición de roles y responsabilidades, nivel de competencias, mecanismos de contratación y retención y disparidades en los salarios del personal de salud; i) multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios; j) modelos organizacionales contrarios a la integración; k) conductas y normas culturales de la población y los proveedores de servicios; l) trabas jurídicas y administrativas; y m) prácticas de financiamiento de

algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que estimulan la fragmentación de los servicios de salud.

11. Con relación a las prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales, muchos de ellos actualmente están cuestionando la eficacia de la cooperación centrada exclusivamente en los programas verticales y están reorientando su cooperación hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud con un enfoque más integral. En diciembre de 2005, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) aprobó la utilización de parte de sus fondos para fortalecer los sistemas de salud (16). Más recientemente, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) también decidió apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud en la medida en que ayuden a combatir estas tres enfermedades (17). El Banco Mundial hizo una consulta interna sobre la integración de programas verticales en los sistemas de salud (18) y está apoyando proyectos de inversión en redes de servicios de salud en países como Brasil (19). Lo mismo puede decirse del Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), que en un documento reciente señala la necesidad de “reorganizar la red de prestación de servicios, centrada en los servicios de atención primaria, para llevar a la práctica una oferta en red que sea única, integrada y coordinada” (20). Dentro de este marco, la OMS ha lanzado la iniciativa “Maximizar las Sinergias Positivas entre los Sistemas de Salud y las Iniciativas Globales de Salud” con el propósito de asegurar que los sistemas de salud y las intervenciones selectivas de las iniciativas mundiales en materia de salud se fortalezcan mutuamente y puedan generar mayores logros para la salud pública mundial (21).

12. Por otra parte, en la Región hay varias experiencias de prácticas óptimas en la creación de las RISS, en especial en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, que tradicionalmente han apoyado el desarrollo de las RISS. Más recientemente, otros países de América Latina y el Caribe han adoptado métodos similares en sus sistemas de salud (ver anexo A). En América del Norte, también hay experiencias dignas de mención como la de Kaiser Permanente y la de la Administración de Veteranos, ambas de los Estados Unidos de América, además del sistema de servicios de salud de la región de Montérégie, Québec, Canadá. En Europa se han identificado buenas prácticas en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Andalucía, España. Durante el 2009, la Oficina Sanitaria Panamericana inició 11 estudios de caso de integración de servicios de salud dentro de los sistemas de salud de la Región. Las lecciones aprendidas de estos casos, y de otros que se identifiquen en el futuro, se utilizarán en apoyo de esta iniciativa.

13. Por último, la diversidad de interpretaciones sobre el concepto de servicios integrales de salud, incluidas las redes, explica en parte las dificultades para comprender su significado, elaborar propuestas para la acción y evaluar los avances en la integración de los servicios (22). Se espera que este documento contribuya a superar las dificultades conceptuales en la materia.

La propuesta

14. El propósito de la iniciativa de la OPS sobre las RISS es contribuir a lograr objetivos de desarrollo en el ámbito internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y al desarrollo de los sistemas de salud basados en la APS³, y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, eficientes y de mejor calidad técnica y percibida por los usuarios, que tengan en cuenta las cuestiones de género y la competencia cultural. Asimismo, las RISS contribuyen a incrementar la equidad en el acceso a los servicios de salud sin distinción de edad, género, raza, idioma, lugar de residencia, religión, orientación política, orientación sexual, nivel educativo o condición socioeconómica. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales, como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la orientación familiar y comunitaria; la satisfacción de las necesidades de salud de los individuos; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros (23).

15. Las RISS pueden definirse como una red⁴ de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos⁵ e integrales⁶ a una población

³ La OPS define los **Sistemas de Salud Basados en La Atención Primaria de Salud** como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población; orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; justicia social; sostenibilidad; participación, e intersectorialidad. Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: OPS; 2007.

⁴ El concepto de **red** tiene múltiples significados y aplicaciones. Por ejemplo, desde una perspectiva sociológica, las redes “corresponden a un mecanismo central del proceso de inclusión e integración social del individuo contemporáneo, así como a un modo de organización particularmente adaptado al funcionamiento social actual, portador de un fuerte potencial político debido a su capacidad de transformar la realidad” (Bertolotto F, Mancheno M. Las redes: una estrategia para la reducción de la segmentación de los sistemas de salud: contribución al seminario internacional GTZ/OPS/MSP/ASSE [no publicado, copia disponible a solicitud] sobre redes y sistemas integrados de servicios de salud, Montevideo, 16-17 de octubre del 2008). En el ámbito de los servicios de salud, el término **red de servicios** se refiere fundamentalmente a: a) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; b) organización jerárquica según niveles de complejidad; c) un referente geográfico común; d) el comando de un operador único; e) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y f) un propósito común.

⁵ **Equidad** en material de salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. Organización Panamericana de la Salud. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: OPS; 2007.

definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6).

16. Según se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. El sector no gubernamental juega un papel importante en la entrega de servicios de salud en varios países de la Región. Por parte de los gobiernos, y de otros que trabajan para alcanzar metas de salud globales, existe un gran interés en tomar ventaja de las oportunidades que presenta el gran número de contactos entre las poblaciones objeto de intervenciones y el sector no gubernamental con y sin fines de lucro. La iniciativa de RISS provee incluso un marco de trabajo adecuado para la colaboración entre distintos países a través de esfuerzos tales como los “servicios compartidos” de las islas pequeñas del Caribe y la complementación de servicios en fronteras comunes.

Atributos esenciales de las RISS

17. Dada la amplia gama de contextos en los países, no es posible prescribir un modelo organizacional único para las RISS; de hecho, hay múltiples modelos posibles. El objetivo de la política pública, entonces, es proponer un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema. A pesar de lo expuesto, las pruebas empíricas acumuladas y las consultas con los países indican que las RISS deben tener los siguientes atributos esenciales para su funcionamiento adecuado:

- 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;

⁶ **Servicios de salud integrales** se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida (Modificado de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008). Por otra parte, **continuo** asistencial corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí, y son congruentes con sus necesidades y preferencias (Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219-1221).

- 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública;⁷
- 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
- 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
- 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población;
- 7) un sistema de gobernanza⁸ único para toda la red;
- 8) participación social amplia;
- 9) gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
- 10) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;

⁷ **Salud pública** es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, e incluye servicios tales como análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros (Organización Panamericana de la Salud. *La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007).

⁸ **Gobernanza** tiene que ver primordialmente con “el proceso de crear una visión y misión de la organización— qué es lo que será y qué es lo que hará— además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños y de las políticas que derivan de estos valores – políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados. Incluye también la puesta en marcha de la gestión necesaria para lograr esos resultados y la evaluación del desempeño de los gerentes y de la organización” (Sinclair D, Rochon M, Leatt P. 2005. *Riding the Third Rail: The Story of Ontario’s Health Services Restructuring Commission*. 1996-2000. The Institute for Research on Public Policy. Montreal 65-6).

- 11) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes;
 - 12) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red; y
 - 13) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
18. La descripción de cada atributo esencial de las RISS señalado anteriormente se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1. Descripción de los atributos esenciales de las RISS

Atributos	Descripción
<p>1. Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.</p>	<p>La función principal de las RISS es proveer servicios de salud integrales a la población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Para lograr lo anterior, las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad. El conocimiento de la población y el territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental. Para la recolección de datos, las RISS coordinan los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes. La meta es generar una base de datos sobre la comunidad capaz de ser actualizada, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud. Implica también la capacidad de elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud; recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.</p>
<p>2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.</p>	<p>Para lograr la prestación de servicios de salud integrales, las RISS cuentan con una amplia gama de establecimientos de salud que incluyen centros ambulatorios del primer nivel de atención, centros de enfermería, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación y centros hospitalarios. Las RISS disponen de todos los niveles de atención, proveen servicios electivos y de urgencia, y proporcionan cuidados agudos, de largo plazo y paliativos. Dado que su enfoque principal es mantener a la población sana, las RISS se preocupan de enfatizar la entrega de servicios de salud pública y de promoción de la salud. Las RISS tratan de asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y su proximidad geográfica a la población servida. Igualmente, las RISS se preocupan por atender tamaños poblacionales óptimos para facilitar el acceso a los servicios en oferta; garantizar estándares de calidad en aquellos servicios de especialidad cuyo nivel de calidad depende del volumen de entrega (por ejemplo cirugía cardíaca o transplante); y maximizar las economías de escala para la operación de la red. Finalmente, las RISS se preocupan de integrar entre sí los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios personales y los servicios de salud pública.</p>
<p>3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</p>	<p>En una RISS, el primer nivel de atención juega un papel clave en el funcionamiento adecuado de la red como un todo. El primer nivel de atención funciona como puerta de entrada al sistema y garantiza el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. Este nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el ciclo vital. Es el componente de la red que desarrolla los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. El primer nivel de atención desempeña además un papel muy importante en la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de toda la red de servicios, sin importar donde se ubica el sitio de atención. También es el nivel más crítico para lograr la integración operativa de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud</p>

Atributos	Descripción
	personales y los servicios de salud pública. En una RISS, el primer nivel no se limita a la provisión de los servicios de salud en los centros de salud. El personal multidisciplinario de salud puede moverse a lo largo de toda la red de servicios de la red 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 en distintas disciplinas pueden proveer servicios de salud en este nivel de atención.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.	El desarrollo de las RISS requerirá ajustes continuos en la oferta de servicios de salud como consecuencia de cambios en las necesidades de salud de la población, en los niveles de recursos del sector y en los avances en materia de conocimientos científicos y tecnológicos en salud. Cuidado apropiado se refiere entonces a que la atención prestada se ajusta a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atienden necesidades específicas de determinados sub-grupos de la población; a que la atención sea efectiva y basada en los mejores datos científicos disponibles; a que las intervenciones son seguras y que las personas no sufrirán daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo costo-efectividad). En este contexto, es preferible proporcionar servicios especializados en entornos extra-hospitalarios. Como resultado de lo anterior, las RISS están propiciando procesos de reingeniería de sus hospitales que involucran, por una parte, la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y hospital de día, el desarrollo de cuidados en el hogar y la creación de centros ambulatorios de especialidad, hospicios y hogares de enfermería, y por otra parte, la focalización del cuidado intrahospitalario en el manejo de pacientes que requieren cuidado agudo intensivo.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	Uno de los desafíos más grandes de las RISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que “cruzan” el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependerán de cada situación en particular y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas. En términos generales, las situaciones que requieren de mayores niveles de coordinación asistencial se observan en problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias, y por lo tanto requieren de modelos de co-provisión de servicios. Los instrumentos o mecanismos de coordinación tradicionalmente utilizados por las organizaciones sanitarias se basan en la estandarización de los procesos/resultados y la adaptación mutua. Las guías de práctica clínica y los protocolos de atención son ejemplos de instrumentos de coordinación basados en la estandarización de los procesos. Este tipo de mecanismos pueden utilizarse eficazmente cuando las interdependencias entre los profesionales no son elevadas, la variabilidad en la respuesta a las intervenciones médicas entre pacientes es mínima y la programación de la atención resulta fácil. Por otra parte, la adaptación mutua, es decir, la coordinación del trabajo mediante mecanismos de coordinación orgánicos que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en el mismo proceso asistencial, es más eficaz para coordinar la atención de problemas de salud complejos que presentan un elevado nivel de incertidumbre e interdependencias. Ejemplos de esta última forma de coordinación son los grupos de trabajo interdisciplinarios, los diseños organizacionales matriciales que combinan la estructura por nivel asistencial y por proceso de atención y la gestión de casos (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). <i>Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos</i> . Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya).

Atributos	Descripción
<p>6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.</p>	<p>Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad o territorio. El cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales, espirituales y sociales de la persona. Lo anterior significa también que los servicios de salud incorporan los enfoques interculturales y de género en el cuidado de la salud. Implica el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el proveedor y la persona. El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas o pacientes con respecto a la atención sanitaria, el cual ha sido plasmado en algunos países en las denominadas “Cartas de los Pacientes”. Por otra parte, el enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado no se basa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. 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. La médula del enfoque de salud familiar y comunitaria es un conjunto de prácticas clave individuales, familiares y comunitarias para promover el crecimiento y el desarrollo saludables y la atención inclusiva, la prevención de las enfermedades, la asistencia domiciliaria para el enfermo y el mejoramiento de los comportamientos de búsqueda de atención y cumplimiento de los consejos de los prestadores de asistencia sanitaria. Por último, significa también que las familias y las comunidades son, en sí mismas, receptoras de servicios de salud de forma participativa, respetando las diversidades de género, culturales, étnicas y de otro tipo que pudieran existir dentro de la comunidad.</p>
<p>7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.</p>	<p>Las dimensiones de la gobernanza son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un órgano de gobierno único (gobierno corporativo) hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades. Los miembros del directorio definen la composición del órgano de gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran la red. La complejidad del gobierno de las RISS requerirá la presencia de miembros con gran dedicación y una preparación específica. Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno (Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I (2007). <i>Organizaciones Sanitarias Integradas: un estudio de casos</i>. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya). Por último, en países que dependen altamente de financiamiento externo (por ejemplo instituciones financieras y/o donantes externos), la función de gobernanza deberá incluir también la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de las RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud, buscando la integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas dentro del sistema de salud.</p>

Atributos	Descripción
8. Participación social amplia.	Las RISS promueven actividades que facultan a los individuos para que controlen mejor su salud (por ejemplo mediante la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad) además de estimular la capacidad de las comunidades de convertirse en socios activos en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación de la red. La participación social puede tener distintos niveles de expresión, los que sucesivamente corresponden a: a) el intercambio de información, es decir, proporcionar información equilibrada a las personas que las ayude a entender el problema, las alternativas, las oportunidades y/o las soluciones; b) la consulta, es decir obtener retroalimentación de las comunidades afectadas con relación al análisis, alternativas y/o decisiones; c) el involucramiento, es decir trabajar directamente con las comunidades a través de un proceso que asegure que las inquietudes y aspiraciones del público sean consistentemente entendidas y consideradas; d) la colaboración, es decir asociarse con las comunidades afectadas en cada aspecto de las decisiones, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida, y, finalmente, e) el empoderamiento, es decir asegurar que las comunidades tengan completo control sobre las decisiones claves que afectan su bienestar (La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Traducción de las pruebas de los Determinantes Sociales en un programa de equidad en salud a nivel de país: informe de progreso acerca del trabajo en la CSDH. Informe del trabajo en el país; octubre del 2007).
9. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico.	Los arreglos de gestión de la red dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). Las RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional. Los cambios de gestión incluyen el traspaso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de cuidados para los grupos poblacionales, propiciando la creación de estructuras organizacionales matriciales y líneas de servicio clínico (Lega, F. Organisational design for integrated health delivery systems: theory and practice. Health policy 81 (2007):258-279). Las RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención para toda la red, ya que estos sistemas ayudan a promover una cultura de excelencia clínica a través de todo el sistema. Por otra parte, las RISS buscan centralizar las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías para racionalizar la incorporación de éstas. Finalmente, las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logístico, tales como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de las citas médicas.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. El número, distribución y competencias adecuadas de estos recursos humanos se traducen directamente en la disponibilidad de los cuidados y servicios apropiados para las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de la red. Desde el punto de vista del manejo de personal, las RISS examinan el papel del personal de la salud desde la perspectiva de la salud pública y la respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, el abordaje sistémico, la negociación, el manejo de conflicto, la gestión del cambio, los métodos de

Atributos	Descripción
	<p>mejoramiento continuo de la calidad, la formación de equipos, la gestión de redes). En una RISS, la mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multidisciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un individuo específico (trabajador multipropósito). Las RISS requieren la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red. Por último, la cultura organizacional es otro de los factores básicos que influyen en la coordinación en el 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.</p>
<p>11. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.</p>	<p>El sistema de información de la RISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red. Todas las unidades operativas afiliadas a la red deben estar vinculadas con el sistema de información, aún cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema. El sistema de información debe ser consistente con la misión y el plan estratégico de la red y debe proporcionar información sobre la situación de salud de la población servida (incluida información sobre los determinantes de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; información operacional sobre la trayectoria del paciente independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica; información sobre la satisfacción de los usuarios con los servicios; e información económica (facturación, tipo de afiliación, costos, etc.). Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son un sistema de integración de aplicaciones que vincula los diferentes sistemas dentro de la red; un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros del sistema que preserve la confidencialidad de la información. Un aspecto importante vinculado a los sistemas de información es la necesidad que las RISS realicen investigaciones operativas con fines diversos tales como perfeccionar el diagnóstico de la situación de salud o contribuir a las evaluaciones de desempeño y resultados de la red. Para realizar lo anterior, las RISS pueden desarrollar capacidades propias y/o contratar servicios con empresas consultoras, universidades u otras entidades especializadas en investigación.</p>
<p>12. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.</p>	<p>Las RISS implementan un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y el medioambiente. Para ello, el sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa— hospitales, equipos del primer nivel de atención, etc.— tanto de los costos directos, como de los costos que genera sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global de la red. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera</p>

Atributos	Descripción
	independiente para cada establecimiento y nivel asistencial (por ejemplo, el pago por acto, pago por servicio o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales. En respuesta a lo anterior, las RISS han ido introduciendo mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial (por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo).
13. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	Las RISS desarrollan vínculos con otros sectores para abordar los determinantes más “distales” de la salud y la equidad en salud. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con el sector público, con el sector privado y con organizaciones civiles tales como las organizaciones comunitarias, las organizaciones no-gubernamentales y las organizaciones de carácter religioso. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento, protección social, entre otros. Existen varios niveles de integración dentro de las acciones intersectoriales, las que van desde un simple intercambio de información para evitar programaciones que entran en conflicto con otros sectores, pasando por la coordinación, hasta lograr la integración de las políticas públicas saludables para lograr una mayor armonización y sinergia entre los distintos sectores de la economía. Para ser exitosos en la colaboración intersectorial se requieren niveles crecientes de competencias técnicas, habilidades gerenciales y valores compartidos entre los sectores que se están integrando. La coordinación con otros servicios se puede dar mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes y grupos de trabajo intersectoriales, entre otros.

19. Varios estudios sugieren que las RISS mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la fragmentación de la atención de salud; evitan la duplicación de la infraestructura y los servicios y mejoran la eficiencia del sistema; disminuyen los costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas y las comunidades (24, 25-30). En todo caso, el nivel de pruebas empíricas acerca de los resultados de los modelos de atención integral, incluidas las redes, sigue siendo limitado, en especial en los países de ingresos bajos y medios (31-32).

Instrumentos de política y mecanismos institucionales para la creación de las RISS

20. Los decisores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudarlos en la conformación de las RISS. Los *instrumentos de política* representan las formas y medios (estrategias y recursos) que los gobiernos utilizan para lograr sus metas y objetivos y comprenden instrumentos jurídicos, formación de capacidades de otros, impuestos y tarifas, gastos y subsidios, y la exhortación e información. Ejemplos de la aplicación de algunos de estos instrumentos específicos al tema de RISS incluyen: a) la asignación de la población que se atenderá sobre la base del territorio; b) la planificación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población; c) la definición de una cartera integral de servicios de salud; d) la normalización del modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad; e) la normalización del enfoque intercultural y de género en los servicios, lo que abarca la utilización de la medicina tradicional; f) la sensibilidad hacia la diversidad de la población; g) la normalización de la puerta de entrada al sistema; h) la regulación del acceso a la atención especializada; i) las guías de práctica clínica; j) las políticas de formación y gestión de los recursos humanos compatibles con las RISS; k) el pago per cápita ajustado según condiciones de riesgo de la población; l) las políticas públicas integradas entre los distintos sectores, y m) la colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en salud.

21. Los *mecanismos institucionales* son los que se pueden establecer en las instituciones gestoras/prestadoras de servicios de salud, y pueden agruparse en vías clínicas y vías no clínicas. Las vías clínicas corresponden a los mecanismos relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha, e incluyen, por ejemplo: a) los equipos multidisciplinarios; b) la rotación de personal entre los niveles de atención; c) la historia clínica única (electrónica); d) las guías de referencia y contrarreferencia; e) la gestión de casos; f) la telesalud; y, g) el autocuidado y cuidados en el hogar, debidamente apoyados y remunerados. Las vías no clínicas se refieren a los mecanismos de apoyo al proceso asistencial e incluyen: a) la misión y visión de la organización compartidos; b) la planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación del desempeño compartidos; c) la definición de funciones y responsabilidades de cada componente de la red como parte del continuo de prestación de servicios de salud; d) la participación del

personal de salud y los usuarios en la gobernanza; e) los diseños organizacionales matriciales; f) las centrales de regulación únicas de visitas; g) los sistemas de apoyo clínico y logístico compartidos; h) el identificador (código) de usuario único, y i) los equipos de asistencia social para la coordinación intersectorial.

22. La pertinencia de los instrumentos y mecanismos mencionados anteriormente (y otros no mencionados en este documento) dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación. En todo caso, sea cual fueren los instrumentos o mecanismos utilizados, estos siempre deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un referente jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico y evidencias disponibles.

El monitoreo y la evaluación de las RISS

23. El fin del monitoreo y la evaluación es mejorar la calidad de las decisiones y la rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS tales como los pacientes, prestadores, gestores, órganos de gobierno, aseguradoras y pagadoras de servicios, decisores de política y ciudadanos en general. El monitoreo y la evaluación del desempeño de las RISS presenta grandes desafíos técnicos, como son la necesidad de un enfoque sistémico de evaluación, dificultades metodológicas inherentes al enfoque sistémico y la escasa disponibilidad y comparabilidad de datos. En la actualidad, la OPS no dispone de metodologías para evaluar a las RISS. La Oficina se propone desarrollarlas como parte de la iniciativa de RISS. No obstante, la Oficina considera que el monitoreo y la evaluación de las RISS debería incluir mediciones que aborden, como mínimo, los aspectos de recursos e insumos, procesos y resultados en salud. Asimismo, las metodologías deberán construirse sobre la base de los desarrollos ya existentes y en coordinación con los esfuerzos de renovación de la APS a nivel mundial, incluida la iniciativa de OMS de “Maximizar las Sinergias Positivas entre los Sistemas de Salud y las Iniciativas Globales de Salud” señalada anteriormente en el párrafo 11 de este documento. De este modo, la iniciativa de RISS contribuirá a mejorar el proceso de decisiones basadas en datos probatorios a través del fortalecimiento de las capacidades de los países para generar y usar la información en materia de salud.

Prioridades y estrategia de cooperación técnica

24. La implementación pasada de las RISS ha aportado lecciones valiosas que ayudan a formular una estrategia exitosa de ejecución. Entre las lecciones más importantes cabe destacar: a) los procesos de integración son difíciles, complejos y de muy largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del

personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política; y, d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema (33-35).

25. La amplia gama de contextos externos y de realidades internas de los sistemas de salud impide que se hagan recomendaciones regionales rígidas y demasiado específicas para la creación de las RISS. Cada país o realidad local deberá formular su propia estrategia para la implantación de las RISS, de acuerdo con sus circunstancias políticas, recursos económicos, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector. A pesar de lo expuesto, la iniciativa de las RISS exige contar con una “hoja de ruta” que, sin desconocer las distintas realidades de los países, permita establecer algunas áreas prioritarias de acción y disponer de un cronograma general de ejecución.

26. Con respecto a las prioridades de cooperación técnica de la OPS, las consultas con los países han puesto de relieve las siguientes prioridades de cooperación: a) sistemas de información (atributo 11), b) gobernanza (atributo 7), c) gestión (atributo 9), d) financiamiento e incentivos (atributo 12), e) primer nivel de atención (atributo 3), f) recursos humanos (atributo 10), g) mecanismos de coordinación asistencial (atributo 5) y h) enfoque de la atención de salud (atributo 6). El incentivo a la investigación operativa; a la evaluación continua de experiencias y prácticas; a la producción, organización y diseminación de conocimientos científicos, pruebas empíricas y lecciones aprendidas sobre RISS también constituye un componente fundamental de la cooperación técnica. Con relación a la ejecución, la primera fase de la iniciativa (2009-2010) corresponderá a la fase de identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y la elaboración de planes nacionales para el desarrollo de las RISS. La segunda fase (a partir del 2010) corresponderá a la ejecución de los planes nacionales y su evaluación continua. Para esto, la OPS asignará prioridad a los países que hayan programado la creación de las RISS dentro de sus respectivos planes de trabajo para los bienios 2008-2009 y 2010-2011.

27. La iniciativa de las RISS se enmarca dentro del Objetivo Estratégico No. 10 del Plan Estratégico 2008-2012, y, más específicamente, apoya el logro del resultado previsto a nivel regional 10.2, que dice “Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para la ejecución de estrategias de fortalecimiento de la gestión en los servicios de salud e integración de la prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos”.

28. El avance regional de la iniciativa se evaluará mediante el indicador 10.2.2 del Plan Estratégico, es decir: “Número de países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar las redes de prestación de servicios de salud, incluidos los proveedores públicos y no públicos”. La línea de base de este indicador para el año 2007

era de 3 países, y las metas para los años 2009, 2011 y 2013 corresponden a 8, 10 y 13 países, respectivamente (ver Tabla 1). Por otro lado, el avance a nivel de los países se evaluará sobre la base de los indicadores de progreso establecidos en cada plan nacional, acordes con cada realidad particular.

Tabla 1. Indicadores de progreso de la iniciativa de RISS

Indicador	Año						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Estados Miembros</i>							
• Países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar la redes de prestación de servicios de salud (número de países)	3	5	8	9	10	12	13
• Elaboración e implementación de planes nacionales para el desarrollo de las RISS (número de países)			3	1	1	2	1
• Evaluación del impacto de los planes nacionales (número de países)							7
<i>Oficina Sanitaria Panamericana</i>							
• Conformación de red de entidades técnicas colaboradoras en materia de RISS			√	√			
• Finalización del documento de posición de OPS sobre las RISS				√			
• Desarrollo de metodologías e instrumentos en apoyo a las RISS				√	√		
• Desarrollo de estudios de caso de integración de servicios			√	√			
• Encuentros regionales y sub-regionales de intercambio de experiencias y buenas prácticas				√	√	√	√
• Asistencia técnica directa y visitas de campo		√	√	√	√	√	√
• Monitoreo de la iniciativa y coordinación con iniciativas globales de fortalecimiento de sistemas de salud e integración de servicios		√	√	√	√	√	√

29. En apoyo de esta iniciativa, la Oficina Sanitaria Panamericana cuenta con un presupuesto operacional total de US\$ 1,3 millones para los bienios 2008-2009 y 2010-2011, lo que comprende fondos regulares, otras fuentes, contribución regional y contribución de las oficinas de país. La Oficina ha programado el equivalente del trabajo de un Asesor Regional de dedicación exclusiva, y el apoyo de los consultores de sistemas y servicios de salud de los países participantes. Además, la iniciativa de las RISS se trabajará en forma interprogramática en la Oficina, en el marco del realineamiento de la Organización con la estrategia de la APS.

30. Por último, la OPS ha logrado consolidar el apoyo de otros socios para la iniciativa, entre los que se encuentran el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través del Fondo España-OPS. En todo caso, la OPS buscará ampliar el número de socios en 2009.

Intervención del Consejo Directivo

31. Se invita al Consejo Directivo a que examine la información que se proporciona en este documento y a que estudie la posibilidad de aprobar la resolución recomendada por el Comité Ejecutivo en su 144.^a sesión, misma que se encuentra en el anexo C.

Bibliografía

1. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
2. Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
4. WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO.
5. WHO (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
6. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO.
7. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
8. Ham C, (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
9. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.

10. OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre del 2005.
11. 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 del 2007.
12. 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.
13. OPS y Escuela de Salud Pública de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud. Copia disponible a solicitud.
14. OPS y Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudio regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
15. OPS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
16. GAVI (2006). GAVI Alliance Strategy (2007-2010). GAVI Secretariat, 6 June 2006.
17. Global Fund. Fact sheet: The Global Fund's approach to health systems strengthening. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 6, 15 September 2008.
Available at:
http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf.
18. The World Bank (2008). Proceedings of the Consultation on “Integration of Health System Operations and Priority Health, Nutrition and Population Interventions: Concepts, Evidence and Application.” May 12-13, 2008. Washington, DC: The World Bank.
19. World Bank. Latin America and the Caribbean Region. Press Release No. 2009/212/LCR.
20. GTZ. Modelo de atención integral y redes integradas de salud. Organismo Alemán de Cooperación Técnica. Octubre del 2008 [no publicado]. Copia disponible a solicitud.
21. WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva: WHO.
22. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.

23. OPS (2007). 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 (OPS/OMS). Washington, DC: OPS.
24. 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. Copia disponible a solicitud.
25. Wan TTH, Lin BY & Ma A. (2002). Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. *Journal of Medical Systems*, Vol. 26, Issue 2 (April 2002), pp. 127-143.
26. Lee SD, Alexander JA & Bazzoli J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41(1): 165-179.
27. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, editors. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare; 1997, pp. 23-36.
28. Soler JLP (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. Secretaría de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud.
29. Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992, May 16; 304(6837):1287-1290.
30. 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.
31. Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO.
32. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.
33. Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp. Health. Serv. Adm.* 1993;38(4):467-89.
34. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994; Vol. 13, Issue 5, pp.46-64.
35. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

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

País	Iniciativa	Objetivo
Argentina (a)	Ley de Creación del Sistema Federal Integrado de Salud	Lograr la integración armónica de las partes que componen el sistema de salud, bajo una coordinación adecuada, en una red que obedezca a un plan nacional y responda con racionalidad y eficacia a las necesidades de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario.
Bolivia (b)	Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios	Establecer redes de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, que puedan pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina tradicional, en el marco de la interculturalidad y la estructura social en la gestión de salud.
Brasil (c)	Más Salud: Derecho de Todos 2008-2011	Integrar las acciones de promoción, prevención y asistencia en una perspectiva amplia de atención a la salud, recuperando el papel de inductor del Gestor Federal, de modo de articular la organización de redes de salud con una perspectiva de modelo de desarrollo orientado hacia la equidad en su dimensión personal y territorial.
Chile (d)	Redes asistenciales basadas en la atención primaria	Desarrollar redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas.
El Salvador (e)	Ley de creación del Sistema Nacional de Salud	Establecer un modelo de organización de los establecimientos de salud de los miembros del sistema en redes funcionales para la prestación de servicios de salud a la población en condiciones de calidad, equidad y continuidad.
Guatemala (f)	Modelo coordinado de atención en salud	Ejecutar un modelo de atención integral entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para la prestación del Paquete de Servicios Básicos en los Departamentos de Escuintla y Sacatepéquez. Esta experiencia duró solamente hasta el año 2003.
México (g)	Integración funcional del sistema de salud	Propiciar la convergencia (de los servicios de salud) y la portabilidad (del seguro de salud) entre distintas instituciones del sector tales como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
Perú (h)	Lineamientos para la conformación de redes	Promover la formación de redes plurales de proveedores, de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, fomentando la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones.

País	Iniciativa	Objetivo
República Dominicana (i)	Modelo de red de los servicios regionales de salud	Crear formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a prestar servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida a la familia y la relación de ésta con los procesos sociales.
Trinidad y Tobago (j)	Experiencia de la Autoridad de Salud de la Región del Este	Crear una red integrada de servicios de salud entre los establecimientos de atención primaria (policlínicos y centros de salud) y el Hospital Sangre Grande.
Uruguay (k)	Sistema Nacional Integrado de Salud	Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluidos los cuidados paliativos.
Venezuela (l)	Red de salud del Distrito Metropolitano de Caracas	Reorientar el modelo de atención basada en las necesidades de calidad de vida y salud de la población y dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando universalidad y equidad.

Fuentes: (a) Ministerio de Salud (2008). Borrador para el debate: ley de creación del sistema federal integrado de salud: proyecto de creación del sistema federal integrado de salud: convocatoria a un debate amplio y fecundo, (borrador no publicado, copia disponible a solicitud); (b) Ministerio de Salud y Deportes (2008). Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios; (c) Ministério da Saúde (2008). Mais Saúde: Direito de todos 2008-2011. Ministerio de Salud (2001). (d) Ministerio de Salud (2008). Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. <http://www.redsalud.gov.cl/conozcanos/subsecredes.html>; (e) Ministerio de Salud (2008). Reglamento de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. Decreto Ejecutivo no. 82, Diario oficial http://www.mspas.gob.sv/pdf/documentos_SNS/Reglamento_ley_sistema_nacional_salud.pdf; (f) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Experiencias/lecciones aprendidas de coordinación/integración de sistemas y redes de servicios de salud, Guatemala, junio 2008. Presentación no publicada (copia disponible a solicitud); (g) Consejo Nacional de Salud (2008). Resumen de aportes de la consulta nacional de México sobre la propuesta de los SISS, México, DF, 3 de noviembre de 2008. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (h) Ministerio de Salud (2002). Lineamientos para la conformación de redes (copia disponible a solicitud); (i) Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (2005). Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. (j) PAHO Trinidad and Tobago. *National Consultation on Integrated Delivery Systems*, Kapok Hotel, 16-18 Cotton Hill, St. Clair. Informe de taller no publicado (copia disponible a solicitud); (k) República Oriental del Uruguay, Cámara de Senadores (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud: creación. XLVI.^a Legislatura. (l) Distrito Metropolitano de Caracas, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005). Taller sobre “Definición de Redes de Servicios de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas”.