

CURSO

20 AL 24 DE ABRIL 2009

GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD CON UNA PERSPECTIVA DE EQUIDAD



CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL
JESUS REYES HEROLES

MATERIAL DIDÁCTICO

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



Bienvenida



México, D.F., 20 de abril de 2009.

Apreciable participante

De mi mayor consideración:

En mi carácter de Director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), me es grato dar a usted la más cordial bienvenida al Curso "Gestión Integral en Salud con una Perspectiva de Equidad", que se llevará a cabo del 20 al 24 de abril del presente año.

Sirva la presente para exhortarle a brindar su mayor esfuerzo y dedicación que, sin duda, se verá reflejado tanto en el éxito de esta actividad como en su ámbito profesional y personal.

Confío en que su estancia entre nosotros será de su agrado. Cuento para ello con mi voluntad personal, así como del conjunto de trabajadores del CIESS.

Hago propicia la oportunidad para saludar a usted con mi consideración más distinguida.

Dr. Miguel Ángel Fernández Pastor
Director del CIESS



Presentación CIESS



Origen y actualidad del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Introducción

Desde la creación del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) en 1963, ha existido una decidida participación por parte de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) en su conjunto, apoyada por organismos internacionales afines, para actualizar e innovar la labor docente que le fuera encomendada. En esta participación han intervenido, básicamente, factores tales como la necesidad de fortalecer su propia estructura organizacional, la diversificación de sus actividades académicas, atendiendo aquellos cambios que han incidido en la evolución de la seguridad social americana, así como su proyección internacional.

El CIESS se define como el órgano de docencia, capacitación e investigación de la CISS. Por tal motivo, se hará una semblanza acerca de la creación de la Conferencia y, posteriormente, se informará sobre algunos aspectos que dieron origen al Centro para, finalmente, dar a conocer su actual política por expandir el conocimiento de la seguridad social.

Antecedentes de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Durante las Conferencias de los Estados de América miembros de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) celebradas en Santiago, Chile, en 1936, y en La Habana, en 1939, se reconoció la conveniencia de considerar la idiosincrasia socioeconómica y política de los diversos países, como requisito indispensable para establecer normas adecuadas a la realidad, en lo que respecta a la estructura y aplicación de la seguridad social. De la primera de tales conferencias, emanó la Resolución sobre los Principios Fundamentales del Seguro Social, que "sienta las bases sobre las que habrán de estructurarse los seguros sociales, con sus características de obligatoriedad y comprendiendo aspectos mínimos en cuanto a las prestaciones a otorgar y los sujetos cubiertos".

Estas reuniones fueron el antecedente para que en 1940, con motivo de la inauguración del Hospital Obrero del Seguro Social en Lima, representantes oficiales de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Perú, Venezuela y autoridades de la Oficina Internacional del Trabajo, acordaran la creación de un Comité Interamericano de Iniciativas en Materia de Seguridad Social, que tendría como misión principal actuar como organismo permanente de acción y constituir, en breve plazo, una Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Numerosos países de América aceptaron

las declaraciones del Comité, contando asimismo con la cooperación y el respaldo de la Oficina Internacional del Trabajo y de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Entre el 10 y el 16 de septiembre de 1942 se llevó a cabo en Santiago, Chile, por invitación del Gobierno de ese país, y con el auspicio del mencionado Comité de Iniciativas, la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

El objetivo principal de esta Primera Conferencia fue "la promoción del bienestar social y económico de los trabajadores y sus familiares, con base en los principios doctrinarios establecidos en el seguro social obligatorio y definir, como consecuencia, los elementos esenciales que debía contemplar un programa continental de seguridad social apoyado en la cooperación de las administraciones e instituciones interesadas y de la OIT. En esa ocasión, el Consejo de Administración de la OIT solicitó —para la naciente Conferencia Interamericana de Seguridad Social— la colaboración activa de la Unión Panamericana y de la Oficina Sanitaria Panamericana".

Resoluciones de la CISS relacionadas con la creación del CIESS

Específicamente, cuatro Resoluciones de la CISS están directamente relacionadas con la creación del CIESS. La primera, aprobada en 1951 durante la Tercera Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en Buenos Aires, y conocida como *Resolución CISS No. 34*; la segunda, *Resolución No. 51* emanada de la Quinta Asamblea General de la CISS, celebrada en Caracas en 1955; la tercera, *Resolución CISS No. 55* y la cuarta, *Resolución CISS No. 58*; estas dos últimas aprobadas en la Sexta Conferencia Interamericana de Seguridad Social, celebrada en la Ciudad de México en 1960.

Resolución CISS No. 34. Recomienda que la CISS promueva para y ante las instituciones de seguro social de América, el suministro de ayuda técnica profesional, enseñanza e intercambio periódico y rotativo de grupos calificados del personal de administración, de manera que se obtenga una mayor asimilación práctica en la organización, métodos y sistemas americanos de seguridad social.

Resolución CISS No. 51. Relacionada con la "Formación y selección de personal en las instituciones del seguro social", esta Resolución presenta inquietudes sobre la capacitación al personal de la seguridad social en tres puntos fundamentales: la selección, la capacitación y la adaptación del personal a los fines de la seguridad social. Se producen recomendaciones sobre pruebas de actitudes y de competencia profesional previas a la admisión del personal; sobre el otorgamiento de facilidades al personal para su capacitación mediante cursos, promoviendo asimismo la asistencia técnica de organismos internacionales. Se insiste, además, en el intercambio de funcionarios a través de la acción de la CISS o bien mediante acuerdos entre las instituciones, proponiéndose que estas

últimas organicen cursos intensivos de aprendizaje para el personal. Se menciona también la preocupación de que la doctrina de la seguridad social se imparta en escuelas de educación superior y universidades, como un medio para lograr la adaptación del profesional a una nueva forma de servicio a la sociedad. Como complemento a estas disposiciones, se acuerda recomendar la estabilidad en el trabajo y remuneraciones adecuadas para los trabajadores, entre otras acciones.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Las otras dos Resoluciones de la CISS (Nos. 55 y 58) emanaron de esta reunión, que fuera celebrada en la Ciudad de México entre el 13 y el 27 de septiembre de 1960. En la oportunidad, participaron delegados de diecinueve países de América, así como representantes de los siguientes organismos internacionales: OIT, OEA, AISS, así como la Oficina Sanitaria Panamericana.

La importancia de estas participaciones, aunada a los anteriores acercamientos con diversos organismos internacionales y a las reiteradas recomendaciones hechas a la CISS por sus instituciones afiliadas sobre la necesidad de preparar y capacitar adecuadamente al personal administrativo y técnico de aquéllas, dio como resultado que la VI Conferencia adoptara la Resolución No. 55 "Selección, capacitación y condiciones de trabajo del personal de las instituciones de seguridad social". Posteriormente, y a propuesta de la delegación mexicana, se acogió, con reconocimiento y entusiasmo unánimes, la Resolución No. 58, que crea en la Ciudad de México, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Así, el 19 de marzo de 1963, el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Adolfo López Mateos, inaugura el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Aspectos actuales sobre la Organización

Las transformaciones administrativas y operativas que ha llevado a cabo la CISS y sus órganos de acción, así como su adaptación organizativa a los tiempos actuales, le han permitido afrontar los acelerados y profundos cambios del mundo contemporáneo, para beneficio de sus instituciones afiliadas.

Así, en noviembre de 2003, durante la Tercera Asamblea General Extraordinaria de la CISS, celebrada en Saint Michael, Barbados, se aprueban modificaciones al Estatuto y reglamentos de sus órganos de acción, en consideración a que en los inicios del nuevo milenio, la CISS afronta importantes retos derivados, entre otros aspectos, de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos ocurridos en el mundo y, especialmente, en América Latina, los que —en mayor o menor medida— han

repercutido en la seguridad social. En ese contexto, varios países de la región han introducido cambios estructurales en su sistema de seguridad social, dando lugar al surgimiento de nuevas modalidades de participación del sector privado en la administración de los mismos.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social, es el organismo internacional, técnico, especializado y sin fines de lucro, de carácter permanente, integrado por órganos gubernamentales, instituciones y otras entidades de América, que norman, administran, gestionan, supervisan, estudian o investigan uno o más aspectos de la seguridad social. Entre sus principales funciones destacan:

- Contribuir y cooperar con el desarrollo de la seguridad social en América;
- Formular declaraciones y recomendaciones en materia de seguridad social, y promover su difusión;
- Impulsar la cooperación e intercambio de experiencias entre las instituciones de seguridad social y con organizaciones afines;
- Fomentar y orientar la capacitación y formación profesional de los recursos humanos al servicio de la seguridad social;
- Investigar, recopilar y difundir los avances y estudios de los sistemas de seguridad social.

Actualmente la CISS se conforma de la siguiente manera:

Asamblea General, que está integrada por 87 instituciones de 37 países, en diferentes calidades de afiliación: miembros titulares, asociados, adherentes y vinculados.

Comité Permanente, que se integra por el Presidente y los tres Vicepresidentes de la CISS, un miembro titular de cada una de las subregiones; un representante de los miembros asociados y uno de los adherentes.

Secretaría General, es el órgano de administración y coordinación de la CISS.

Contraloría, con tareas de la vigilancia, seguimiento y control sobre el manejo de las finanzas de la CISS.

Comisiones Americanas de Seguridad Social, son órganos técnicos de apoyo para que la CISS cumpla con sus funciones. Actualmente son seis: de los adultos mayores; de actuaría y financiamiento; jurídico social; médico-social; de organización y sistemas administrativos, y de prevención de riesgos profesionales.

Subregiones, son órganos desconcentrados de la CISS para facilitar sus funciones. Corresponden a las siguientes regiones: Andina, Centroamericana, Cono sur, Norteamérica y el caribe anglo, y México y el caribe latino.

El Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, es el órgano de docencia, capacitación e investigación de la CISS. Entre sus funciones destacan:

- a) Capacitar y formar profesionalmente los recursos humanos al servicio de la seguridad social, en forma sistemática y permanente;
- b) Promover y realizar investigaciones y estudios en el campo de la seguridad social;
- c) Fomentar, mediante la suscripción de convenios, el intercambio académico, de información y estudios con instituciones y organizaciones vinculadas a la seguridad social;
- d) Promover el debate doctrinario sobre seguridad social y materias afines;
- e) Investigar, recopilar y difundir los avances de la seguridad social y los estudios relacionados con ella;
- f) Promover la enseñanza de la seguridad social entre los miembros afiliados, universidades y centros de educación e investigación.

Para desarrollar sus tareas, cuenta con una Junta Directiva integrada por el Presidente de la CISS, un representante de cada una de las subregiones y un representante de los miembros asociados. Actualmente, la Junta se compone de la siguiente manera:

- Presidencia: Instituto Mexicano del Seguro Social,
- Miembros:
- Área andina: Seguro Social de Salud (EsSalud), Perú,
 - Área centroamericana: Caja Costarricense de Seguro Social,
 - Área cono sur: Instituto de Previsión Social (IPS) Paraguay,
 - Área norte América y el caribe anglo: Social Security borrad, Saint Christopher & Nevis,
 - Área México y caribe latino: Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS) República Dominicana
 - Representante de los miembros asociados: Caja de Compensación “Los Andes”, Chile
-
- Dirección del CIESS

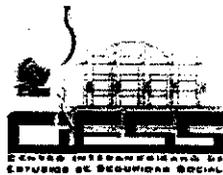
Para enriquecer su labor docente, el CIESS colabora de estrechamente con :

- * La Organización Panamericana de la Salud (Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS));
- * La Organización de los Estados Americanos (OEA);
- * Organización Internacional del Trabajo/Centro Internacional de Formación (OIT/CIF);
- * Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS);
- * Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM);
- * Instituto Nacional de Salud Pública (INSP-México);
- * Escuela Nacional de Salud Pública (Cuba);
- * Universidad Nacional de La Plata (UNLP-Argentina);
- * Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS-Chile);
- * Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Colombia);
- * Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social (Colombia);
- * Universidad Franz Tamayo (Bolivia);
- * Gobierno de España.



Programa





Introducción

Las últimas décadas se han caracterizado por una serie de reformas en el sector salud en la región de las Américas, con muy bajo impacto en la organización y operación de sus servicios. Puede advertirse que persiste la fragmentación en las redes de provisión de servicios, así como la segmentación en la estructura del financiamiento y el aseguramiento en salud, lo cual da origen a subsistemas orientados a grupos poblacionales de acuerdo a su capacidad de pago y no a sus necesidades de salud. Por otra parte, el modelo de atención continúa medicalizado, con poca capacidad para hacer frente a los problemas reales de salud, ante la necesidad de eficientar sus servicios y procurar el derecho a la salud.

Resulta importante hoy día reflexionar sobre la forma de organizar los servicios de salud y la población excluida, los determinantes sociales de la salud y las acciones que, desde los servicios, se puedan llevar a cabo para permitir a las personas mejorar o mantener su salud, y cómo avanzar hacia modelos de gestión integrados con redes de servicios que eviten la fragmentación y mejoren la equidad en la distribución de los recursos.

Objetivo general

Analizar y sistematizar la organización de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud y la necesidad de una gestión integrada de redes de provisión a fin de garantizar servicios que guarden congruencia con las necesidades y dignidad de las personas.

Objetivos particulares

- Presentar un marco conceptual que permita analizar la organización fragmentada de los servicios de salud con las desigualdades sociales.
- Analizar estudios e informaciones en torno a los determinantes sociales de la salud y sus consecuencias para la organización del modelo de atención.
- Analizar algunas experiencias de organización de servicios en redes integradas y de reorientación acordes a las necesidades de la población.

Contenido temático

- Bases conceptuales para analizar el papel de la organización de los servicios de salud, como parte de la política de bienestar y promoción de la justicia social.
- Análisis de la exclusión en salud contra las bases conceptuales del acceso a los servicios.
- Examinar los diferentes conceptos de salud y su vinculación con la organización de los servicios de salud y de atención a la enfermedad.
- Experiencias e instrumentos de gestión integrada y su relación con las necesidades de los grupos sociales.



Curso: *Gestión integral en salud con una perspectiva de equidad*
México, D. F. del 20 al 24 de abril de 2009.
organiza
Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social



Perfil del candidato

Personal de instituciones de seguridad social con responsabilidades relacionadas con el tema de la actividad académica. Representantes y miembros de organizaciones sindicales y patronales. Profesionales del sector público y privado, de universidades y centros de investigación, organismos internacionales y otros sectores interesados.

Políticas de acreditación

El requisito indispensable para recibir el certificado de aprobación del curso, participar en las relatorías y tener el 90% de asistencias en el curso.

Metodología educativa

Combinaremos presentaciones con preguntas y talleres en grupo. Valoramos la participación y el debate.

Resumen técnico

Grupo encargado de presentar un resumen de lo visto el día anterior, conciso y preciso, entregar dicho resumen en archivo magnético y por escrito a la Coordinación del Evento. Para la elaboración de los resúmenes, tendrán acceso al Aula de Informática.

Actividades socioculturales

Grupo encargado de la organización de convivencia, visitas a lugares de interés y eventos culturales.

Lunes 20

| Horario | Contenido Temático | Objetivo Específico por Actividad | Técnica Didáctica | Expositor |
|---------------|---|--|---------------------------|---|
| 8:30 - 9:00 | Registro de participantes | | | |
| 09:00 | Inauguración | Iniciar formalmente las actividades | Ceremonia de inauguración | Dr. Miguel Ángel Fernández Pastor, Director del CISS, Dra. Raquel Abrantes Pêgo, Coordinación del Curso, Invitados especiales |
| 09:30 - 10:15 | Presentación de la dinámica del programa del curso-taller Presentación de los participantes | Determinar las características del programa, metodología de trabajo del curso y de evaluación | Taller | Coordinación del curso: CISS Lic. Samuel Arellano CISS |
| 10:15 - 10:30 | Presentación de la forma de evaluación | | | |
| 10:30 - 11:00 | RECESO | | | |
| 11:00 - 12:00 | El marco estructural de la organización de los servicios de salud en la región. | Analizar de forma vinculante la estructura fragmentada y sus consecuencias para la exclusión y la desigualdad en la distribución de los servicios. | Exposición con preguntas. | Dra. Raquel Abrantes Pêgo/CISS , |
| 12:00- 13:00 | Taller: ¿Qué tanto la organización sectorial es un factor que impulsa y facilita una gestión integral del proceso salud-enfermedad? | Reflexión en grupo | Taller | Coordinación y participantes |
| 13:00 - 14:00 | COMIDA | | | |
| 14:00- 16:00 | Las reformas y su incidencia en la organización del modelo de atención. | Analizar el proceso de reforma en el Continente y su impacto en el modelo de atención | Exposición con preguntas | Dra. Carolina Tetelboin Henrion/UAM-Xochimilco |



Curso: *Gestión integral en salud. En una perspectiva de equidad*
 México, D. F. del 20 al 24 de abril de 2009.



organiza

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Martes 21

| Horario | Contenido Temático | Objetivo Específico por Actividad | Técnica Didáctica | Expositor |
|---------------|--|---|---------------------------|--|
| 08:30 - 09:00 | Construir memoria | Elaborar un resumen de las actividades realizadas el día anterior. | Relatoría | Participantes del curso-taller |
| 09:00 - 10:30 | Bases conceptuales para analizar el papel de la organización de los servicios de salud como parte de la política de bienestar. | Analizar la política de salud como parte de la política de bienestar. | Exposición con preguntas. | Dra. Martha L. Sánchez y Dr. Manuel Vázquez, SSA, México |
| 10:30 - 11:00 | RECESO | | | |
| 11:00 - 13:00 | Concepto de salud y la organización de los servicios de salud. | Analizar de forma vinculante el concepto de salud con la organización de los servicios. | Exposición con preguntas. | Dr. Julio Manuel Suárez, OPS, México |
| 13:00 - 14:00 | COMIDA | | | |
| 14:00 - 16:30 | Bases conceptuales para el análisis de las necesidades de salud de la población, de la epidemiología clásica a la sociocultural. | Verificar las necesidades de salud de la población, la organización de los servicios de salud y los instrumentos de análisis para una gestión integral. | Exposición con preguntas. | Dra. Clara Pérez Ramírez, INSP |

Miércoles 22

| Horario | Contenido Temático | Objetivo Específico por Actividad | Técnica Didáctica | Expositor |
|---------------|--|--|---------------------------|---|
| 08:30 -09:00 | Construir memoria | Elaborar un resumen de las actividades realizadas el día anterior. | Relatoría | Participantes del Curso-taller |
| 09:00 - 11:30 | Taller: ¿A qué concepto de salud está respondiendo los sistemas de salud en la región? | Reflexión grupal. | Taller. | Coordinación del curso |
| 11:30 - 12:00 | RECESO | | | |
| 12:00 - 13:00 | La gestión de redes como un instrumento para garantizar la continuidad de cuidados. | Presentar y discutir el concepto de redes y su alcance para garantizar la continuidad de cuidados. | Exposición con preguntas. | Mtro. Antonio Heras Gómez, Secretaría de Salud/México |
| 13:00 - 14:00 | COMIDA | | | |
| 14:00 - 16:00 | Modelos de integración de cuidados y la portabilidad del derecho a la salud. | Analizar la propuesta de redes de cuidado en el marco de la garantía del derecho a la salud. | Exposición con preguntas. | Continuación |

Jueves 23

| Horario | Contenido Temático | Objetivo Específico por Actividad | Técnica Didáctica | Expositor |
|---------------|--|---|---------------------------|--|
| 08:15 - 08:30 | Construir memoria. | Elaborar un resumen de las actividades realizadas el día anterior. | Relatoría | Participantes del Curso-taller |
| 08:30 - 9:30 | El modelo médico-familiar: una estrategia de atención integrada. | Discutir conceptualmente el modelo médico-familiar como una estrategia de atención integrada. | Exposición con preguntas | Dra. Ma. De Carmen García Peña, IMSS |
| 09:30 - 09:45 | RECESO | | | |
| 09:45 - 11:15 | La experiencia del IMSS: del modelo a la práctica. | Analizar el alcance y dificultades para la puesta en práctica del modelo de medicina familiar en el IMSS. | Exposición con preguntas. | Dra. Ma. De Carmen García Peña, IMSS |
| 11:15 - 11:40 | RECESO | | | |
| 11:40 - 13:00 | Buscador: celando vínculos entre el enfermo de cáncer y el equipo de salud. | Presentar la propuesta del Incan de corresponsabilidad entre el servicio de salud y el enfermo de cáncer. | | Dra. Luz Rueda y Dra. Laura Suchil Instituto Nacional de Cancerología |
| 13:00 - 14:00 | COMIDA | | | |
| 14:00 - 16:30 | Taller: ¿La formación y organización de los recursos humanos atienden a las necesidades de los sistemas públicos de salud? | Reflexión grupal. | Taller | Coordinación del curso. |

Viernes 24

| Horario | Contenido Temático | Objetivo Específico por Actividad | Técnica Didáctica | Expositor |
|---------------|--|---|-------------------|--------------------------------|
| 08:30 a 09:00 | Construir memoria | Elaborar un resumen de las actividades realizadas el día anterior. | Relatoría | Participantes del curso-taller |
| 09:00 - 11:00 | Presentación y análisis de experiencias de gestión integrada: lecciones y recomendaciones. | Compartir y examinar críticamente las experiencias de gestión de los participantes. | Exposición | Los participantes. |
| 11:00 - 11:30 | RECESO | | | |
| 11:30 - 12:30 | Síntesis | Construcción colectiva | Taller | CIESS |
| 12:30 - 13:00 | Evaluación del curso | | | Lic. Samuel Arellano CIESS |
| 13:00 a 14:00 | CLAUSURA | | | |
| 14:00 | COMIDA DE CLAUSURA | | | |

Guía para la elaboración de las relatorías de las actividades del día anterior

1. **Objetivo de la relatoría:** Sistematizar y reflexionar en grupo sobre los conocimientos obtenidos de las presentaciones, paneles y talleres (cuando aplique) y la posibilidad de aplicación de dicho conocimiento en su trabajo.
2. **Preguntas guía para cada día:**
 1. ¿Qué aprendió el día de ayer? Conceptos, valores, herramientas.
 2. ¿En qué tengo todavía confusión? Conceptos que no quedaron claros.
 3. ¿Le ayudan los conocimientos obtenidos a entender la importancia del modelo de organización de los servicios de salud para garantizar equidad, calidad, derecho a la salud como parte de la política de salud? ¿Hasta qué punto las experiencias compartidas se aplican a su realidad específica? De algún ejemplo.
 4. ¿Puede poner en práctica en su trabajo los conocimientos obtenidos? De algún ejemplo.
3. **Metodología:** Cada día será nombrado un o dos participantes para organizar una síntesis de la sesión concluida y transmitirán sus conclusiones a la plenaria el día siguiente para ser discutida por todos los asistentes.
4. **Duración de la presentación:** Veinte minutos con diez minutos para comentarios por parte del resto del grupo, si fuera necesario.

Taller: Diversas problemáticas asociadas a la organización del modelo de atención de salud.

Objetivo: Identificación las diversas problemáticas involucradas en el acceso, continuidad, integralidad, satisfacción, eficiencia, eficacia y efectividad como consecuencia de la organización del modelo de atención en un marco de equidad.

El documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las América” servirá de orientación. Leer de la página 10 a 18.

Metodología de trabajo:

Discuta, reflexiones a partir de su experiencia y anote el resultado del debate:

1. ¿Ustedes consideran que la forma fragmentada de organizar los servicios de salud en su país constituye en una barrera de acceso, de continuidad y de integralidad de la atención? ¿Existe una red de apoyo para referencia de los casos que superan la capacidad de resolución de una instancia o de una organización? Expliquen la respuesta.

2. ¿Cómo ustedes analizan del punto de vista de la eficiencia, de racionalidad, de la justicia social la existencia de diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, con distintos beneficios y redes de atención?

3. ¿Cómo funciona la red asistencial de su institución? ¿Cómo está garantizada la continuidad de la atención brindada por el profesional y el equipo que lo respalda?

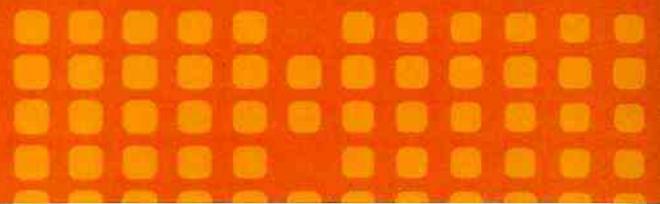
4. ¿El énfasis del modelo de atención está en la enfermedad o en la promoción y preservación de la salud? ¿Recursos financieros y humanos existentes en su institución son suficientes para llevar en práctica estas estrategias?

El grupo elegirá @n moderad@r y @n relat@r.

Composición de los grupos de trabajo: Aleatoria

Conclusiones y tiempo para la presentación: 10 minutos por grupo.

Textos de referencia y bibliografía



SERIE

La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Redes Integradas de Servicios de Salud

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



Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS)
Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP)
Oficina de la Subdirección
Organización Panamericana de la Salud OPS
Organización Mundial de la Salud OMS

Washington DC, 28 de Octubre de 2008

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

© Organización Panamericana de la Salud 2008

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

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

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

TABLA DE CONTENIDOS

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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



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

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

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

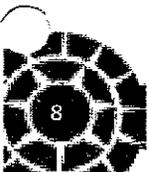
Según OPS (7), un Sistema de Salud Basado en la APS supone *“un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de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

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

El alcance de este documento

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

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



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

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

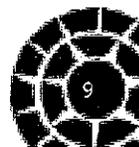
El contexto macro de los servicios de salud se refiere fundamentalmente a las características de los sistemas de salud en los cuales éstos están inmersos. Los sistemas de salud han sido caracterizados de maneras diversas. La OMS define los sistemas de salud como "el conjunto de organizaciones, individuos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

LA FUNCIÓN DE RECTORÍA

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

LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO

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



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

LA FUNCIÓN DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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

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

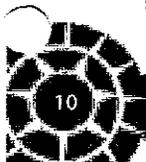
LOS CONDICIONANTES HISTÓRICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

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

El desafío de la fragmentación de los servicios de salud

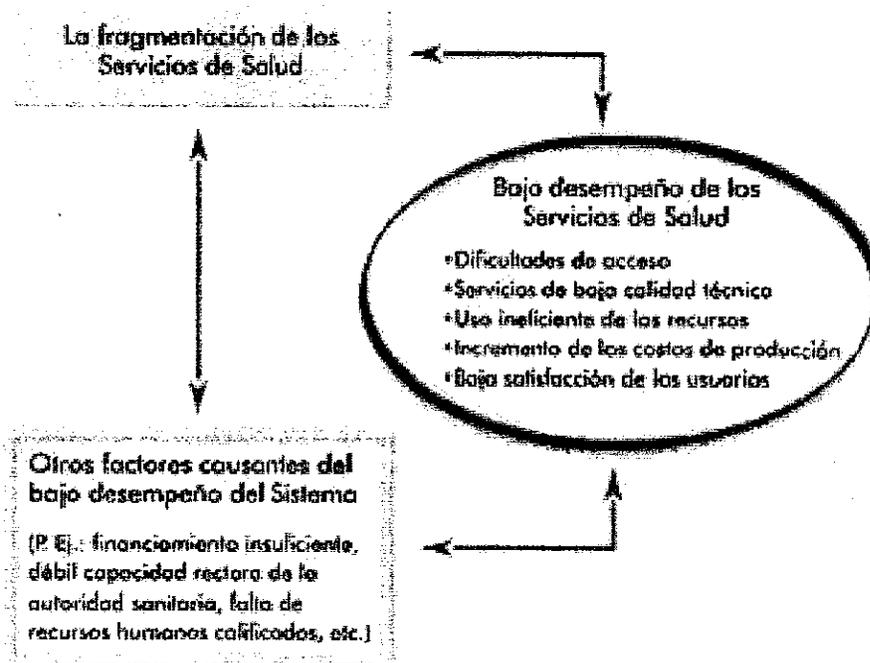
La fragmentación¹ de los servicios de salud es una causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud, y por ende del bajo desempeño general de los sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios,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

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



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

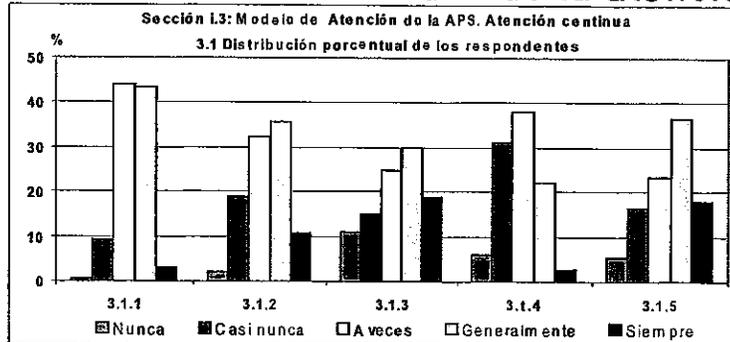
Figura 1. La relación entre la fragmentación y el desempeño de los servicios de salud



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

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

Medición de la continuidad de la atención



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

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

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

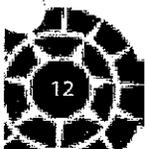
3.1.4 En la práctica habitual, ¿opera un buen sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes según grado de complejidad de éstos?

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

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

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

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



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

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

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

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

Las causas de la fragmentación de los servicios de salud

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

LA SEGMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

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

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



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

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

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

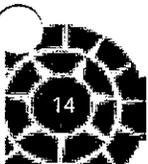
EL PREDOMINIO DE PROGRAMAS FOCALIZADOS EN ENFERMEDADES, RIESGOS Y POBLACIONES ESPECÍFICAS

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

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

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

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



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

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

LA DEBILIDAD DE LA CAPACIDAD RECTORA DE LA AUTORIDAD SANITARIA

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

PROBLEMAS EN LA CANTIDAD, CALIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS

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

CULTURAS ORGANIZACIONALES CONTRARIAS A LA INTEGRACIÓN

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

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

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

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

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

LOS CAMBIOS ORIGINADOS EN LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS

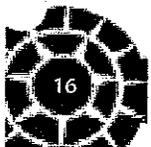
La caída en las tasas de fertilidad, el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población son importantes cambios demográficos que inciden fuertemente sobre el perfil epidemiológico de la población, y por ende en la demanda de los servicios de salud. El envejecimiento de la población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

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

LOS CAMBIOS ORIGINADOS EN LA OFERTA DE LOS SERVICIOS

En este ámbito existen avances importantes en la tecnología que aumentan la expectativa de vida y que otorgan nuevas formas de atención, pero que además pueden aumentar los costos de la atención. Como ejemplos de estos avances se pueden mencionar los nuevos métodos de screening, las nuevas tecnologías de medicamentos, la terapia génica, 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 inter-sectoriales. Los servicios buscan proporcionar un cuidado integral de la salud y asegurar la continuidad de la atención a través de la conformación de redes de servicios⁵. Desde el punto de vista organizativo, se pone mayor énfasis en la formación de equipos de salud multidisciplinarios y en estimular la producción y empleo de personal de salud generalista o "integralista". Los sistemas y redes de prestación de servicios de salud tienden a integrarse para mejorar la continuidad de la atención y maximizar la eficiencia del sistema. Los gestores de los servicios se preocupan más en propiciar las condiciones para el mejoramiento de la calidad de la atención, y en evaluar el desempeño y los resultados en salud del sistema. El lugar predilecto de la atención ya no es más el hospital, sino el lugar más apropiado para proporcionar dicha atención. Por último, la responsabilidad por la salud adquiere una dimensión multisectorial y demanda una mayor participación individual y comunitaria (Ver Tabla N. 1).

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



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

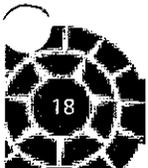
| El "pasado" de los servicios de salud | El "futuro" de los servicios de salud |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en el tratamiento de la enfermedad • Responsable por pacientes individuales • Énfasis en el cuidado agudo • Atención a problemas específicos • La meta es el llenado de camas • El personal de salud, los hospitales y las aseguradoras de salud trabajan por separado • Predominio hospitalario • Predominio de especialistas • Predominio 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 Fileman G. (1994). Health: the emerging context of management. In: Taylor R, Taylor S, editors. The AUPHA manual of health services management. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.

LOS CAMBIOS DEL CONTEXTO MÁS AMPLIO

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

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



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

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

| Resultados | Problemas |
|--|---|
| <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. |

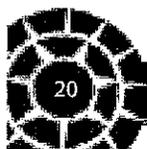
Fuentes: Fleury S. 2001; Levkovitz E, Acuña C. 2003; Mesa-Lago, C. 2005; World Bank, 2006.; CEPAL, 2006 y el conjunto de Perfiles de Sistemas de Salud de los Países de la Región – Ediciones 2000-2002, disponibles en www.lachealthsys.org

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

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

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

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



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

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

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



CAPÍTULO 2: LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

El concepto de servicios de salud integrados y sus diferentes modalidades

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

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

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

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

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



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

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

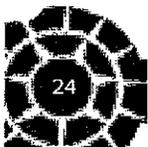
| | | |
|----------------------------|--|--|
| Integración funcional* | El grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información, mercadeo y garantía/mejoramiento de la calidad están coordinadas a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

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

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

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

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



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

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

Las Redes Integradas de Servicios de Salud

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

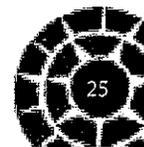
"Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve" (45)

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

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

Los beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

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



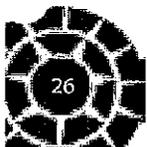
reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejoras en las economías de escala⁶ y de producción conjunta⁷, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la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

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

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

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

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



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

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

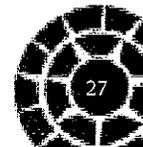
KP no es una entidad jurídica real, es más bien un nombre paraguas para tres entidades que operan de forma integrada: el Plan de Salud de la Fundación Kaiser (PSFK), Grupos Médicos Permanente (GMP) y Hospitales de la Fundación Kaiser (HFK). La exclusividad mutua es una característica clave que sustenta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

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

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

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

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



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

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

Listado de atributos esenciales de los RISS

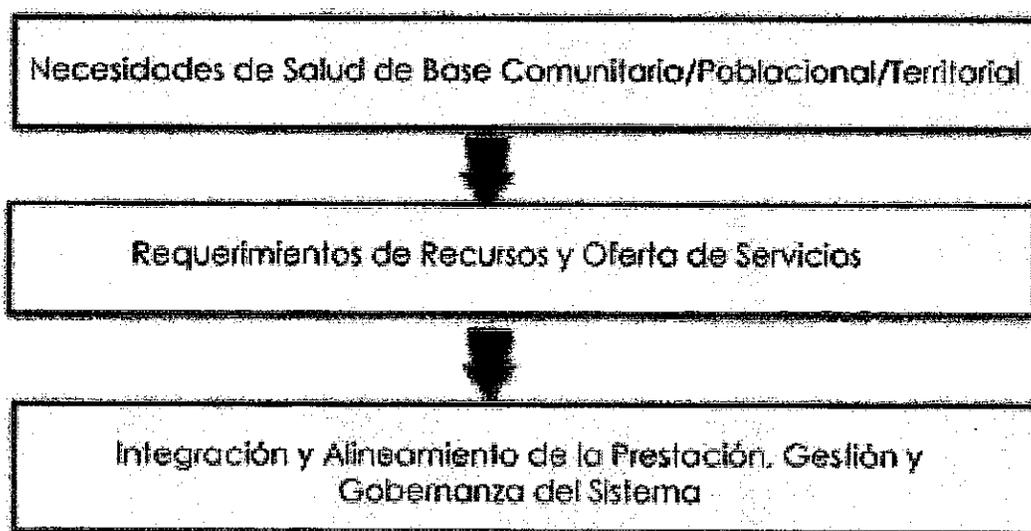
1. Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema;
2. Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud,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

Los atributos esenciales de los Redes Integradas de Servicios de Salud

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

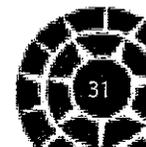
Uno de los desafíos más grandes de los RISS es gestionar enfermedades crónicas múltiples y complejas que "cruzan" el continuo de servicios y que requieren de diferentes sitios de tratamiento y rehabilitación. Al respecto, no existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que éstos dependerán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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

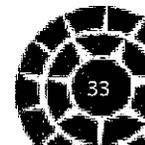
Los derechos de las personas/pacientes más frecuentemente encontrados en las Cartas de los Pacientes son:

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

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

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

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



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

UN SISTEMA DE GOBERNANZA PARTICIPATIVO Y ÚNICO PARA TODO EL SISTEMA

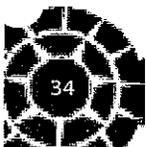
Las dimensiones de la gobernanza¹⁶ son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un único órgano de gobierno (gobierno corporativo), hasta múltiples órganos descentralizados con distintas funciones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

GESTIÓN INTEGRADA DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y DE APOYO CLÍNICO

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

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

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



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

RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS CON EL SISTEMA

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

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

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

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

FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DEL SISTEMA

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

ACCIÓN INTERSECTORIAL AMPLIA

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

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

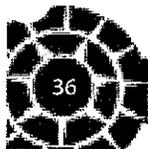
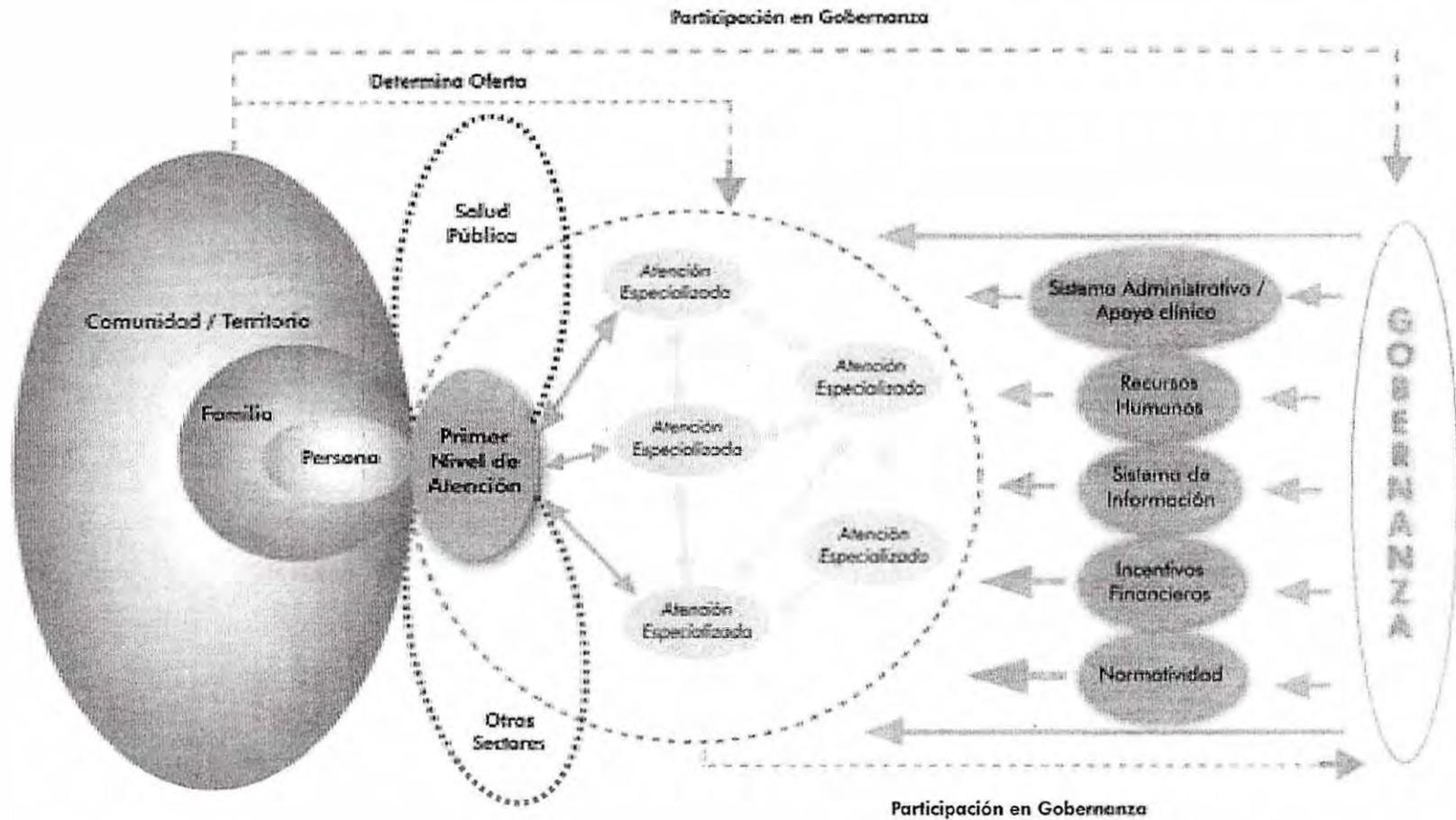


Figura N. 3. Representación gráfica de los atributos esenciales de los RISS



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

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

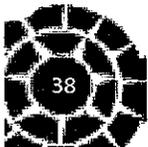
Caja N. 4. Caso de Red Integrada Badalona Serveis Assistencials S.A., Cataluña, España.

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

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

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

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



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

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

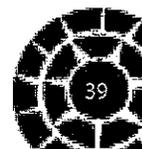
BSA ha incorporado en la organización una oficina de innovación, desde donde han surgido algunas estrategias de gestión para procesos asistenciales. Son ejemplo de ello programas de gestión de enfermedades como el equipo para el deterioro cognitivo y las demencias, o programas de gestión de casos como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

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

El monitoreo y evaluación de las RISS

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

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



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

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

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

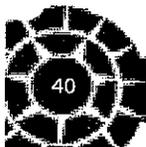


Tabla N. 8. Evaluando la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta los sistemas integrados

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

INSTRUMENTOS DE POLÍTICA PÚBLICA

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

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

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

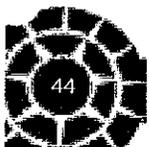
MECANISMOS INSTITUCIONALES

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

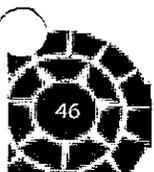
Fuente: Vilaça Mendes E. Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde do Brasil: estudo de caso apresentado à OPS. Junho de 2007.

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

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

SISTEMAS DE SALUD ALTAMENTE SEGMENTADOS

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



SISTEMAS SIN COBERTURA UNIVERSAL

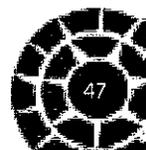
En este tipo de sistema, el problema fundamental es la falta de acceso a los servicios, bienes y oportunidades de salud por segmento o grupo de la población beneficiaria y el predominio de programas verticales en la prestación de los servicios de salud. En este tipo de sistemas la prioridad de integración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

SISTEMAS CON DESCENTRALIZACIÓN QUE FRAGMENTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

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

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



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

Las lecciones aprendidas

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

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

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

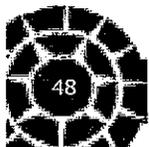


Tabla N. 9. Barreras y facilitadores de la conformación de RISS

| Barreras para las RISS | Facilitadores para las RISS |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La predominancia del modelo centrado en el cuidado agudo e intra-hospitalario 2. Incentivos financieros no alineados 3. Sistemas con prestadores de servicios demasiado distanciados geográficamente, o que se superponen sobre territorios político-administrativos distintos 4. Brechas en la cadena de información, incluidas información clínica, administrativa y financiera. 5. Roles y responsabilidades entre gestores del sistema y las unidades operativas que no son claramente comprendidas o delimitadas. 6. Falta de personal entrenado en las nuevas competencias del sistema. 7. Resistencia a ceder autonomía y control | <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso político con la formación y desarrollo de los RISS 2. Claridad de propósito y visión 3. Participación del personal de salud en roles claves de liderazgo 4. Alineamiento de los incentivos financieros y estímulos que reconozcan desempeño del sistema como un todo 5. Foco en la persona/usuario del sistema 6. Sistemas de información y tecnologías que apoyen las metas y operación del sistema. 7. Énfasis permanente en el mejoramiento de la calidad |

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

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

DESARROLLAR UN PLAN ESTRATÉGICO PARA EL RISS

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

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

COMUNICAR EL COMPROMISO DEL LIDERAZGO

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

GANAR LA ACEPTACIÓN DE LAS UNIDADES OPERATIVAS

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

DESARROLLAR UNA "CULTURA" FUERTE DE SISTEMA

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

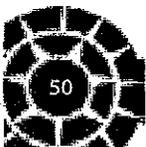
EXPLORAR LAS OPCIONES DE INTEGRACIÓN REAL O VIRTUAL

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

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

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

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



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

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

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

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

A NIVEL DE PAÍS

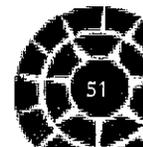
Los Estados Miembros, con el apoyo de las Representaciones de OPS/OMS en los países, deberán:

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

A NIVEL SUB-REGIONAL

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

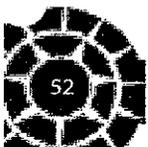
1. Evaluar la posibilidad de acciones conjuntas y/o colaboración entre países, particularmente en situaciones de fronteras comunes y/o compra de servicios de salud entre países.



A NIVEL REGIONAL

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

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



ANEXO I

Consultas Nacionales y Subregionales Sobre RISS

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

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

A continuación se detallan las consultas efectuadas en este período.

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

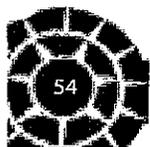


ANEXO II

Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS

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

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



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

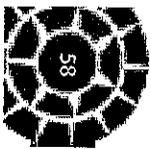
| Atributo RISS | Instrumentos de política pública | | Mecanismos institucionales | |
|---|---|---|----------------------------|------------------|
| | Jurídicos | No-jurídicos | Vías clínicas | Vías no-clínicas |
| Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema | <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 | | |





| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>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</p> | <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 RISS, de acuerdo a estudios de oferta (optimizada) y demanda (proyectada)• Disponibilizar herramientas para el análisis de alternativas de prestación de servicios, incluyendo la compra de servicios o el desarrollo de infraestructura propia• Crear grupos de práctica clínica con múltiples especialidades, incluyendo médicos de familia o generalistas, todos ejerciendo en el mismo establecimiento y compartiendo responsabilidades en forma conjunta para todo el sistema. | | |
|--|--|--|--|--|

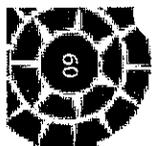
| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>Un 1er nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Normar la puerta de entrada 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, con la excepción de indicaciones justificadas • Fusionar esquemas de financiamiento de los servicios personales y los servicios de salud pública, en los casos que corresponda • Educar a la población sobre los beneficios de hacer uso del 1er nivel de atención en oposición a la consulta de especialistas • Terminar con los esquemas de recuperación de costos y pago directo de bolsillo para los servicios del 1er nivel de atención | <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 oferta de camas hospitalarias sobre la base de estudios de oferta y demanda, siempre y cuando se den dentro del marco de la sustitución de los servicios de salud• Estimular formación de generalistas y desincentivar la formación de especialistas de acuerdo a necesidades de salud de la población• Realizar auditorías de egresos hospitalarios para determinar si el cuidado fue provisto en el sitio más apropiado | | |
|---|--|---|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios</p> | <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 | |
| <p>Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio</p> | <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 |





| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el RISS</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 |
|---|---|--|--|--|



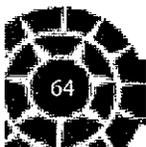
| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar requerimientos de certificación y re-certificación del personal de salud modo de facilitar reasignaciones al interior del sistema | <ul 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 RISS</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 RISS con todos los miembros del sistema, incluida la comunidad. • Capacitar a formuladores de política, gestores y prestadores en el análisis de datos de modo de generar información y conocimiento para la acción • Monitorear desempeño de los RISS sobre la base de tarjetas de reporte ("Scorecard") que incluyan variables financieras, de acceso, de calidad y de resultados | <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 |
| <p>Acción intersectorial amplia</p> | | <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 |



BIBLIOGRAFÍA

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



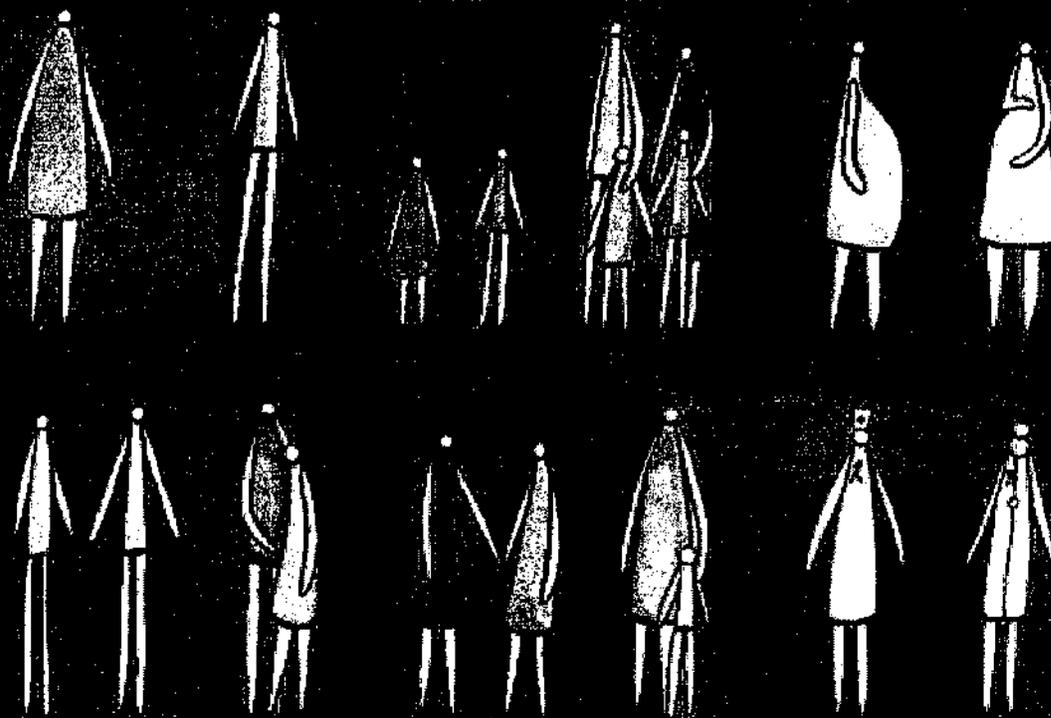
- (23) OPS/OMS, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudio Regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na américa latina e caribe. Area de Tecnologia y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.
- (24) OPS/OMS (1999).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

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

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

Proyecto
INTEGRA
*Proyecto interagencial
del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
y el Ministerio de la Protección Social*

Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH



PDF prepared with www.ctanet.com evaluation edition

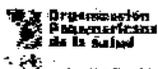


**Proyecto
INTEGRA**

Proyecto Interagencial
del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social.

GUIAS TÉCNICAS DEL PROYECTO INTEGRAL:

**Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual
y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH**



GUÍAS TÉCNICAS DEL PROYECTO INTEGRA: Modelo de Gestión Integral
de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH

© Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA

Grupo Temático para Colombia

Ministerio de la Protección Social

Primera edición Julio, 2007

Primera reimpresión Noviembre, 2007

Bogotá, Colombia

ISBN: 978-958-97914-9-3

Comité Técnico del Proyecto:

Nohora Corredor – UNICEF

Bertha Gómez – OPS / OMS

Ricardo García Bernal – ONUSIDA

Ricardo Luque Núñez – MPS

Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA

Rafael Pardo – OPS/OMS

María del Pilar Rodríguez – UNICEF

Coordinación del Proyecto

Iván Javier Angarita Gálvez MD. MA.

ivan.angarita@unodc.org

Elaboración de la propuesta inicial de las guías:



Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

Coordinación: María Iraidis Soto Enf., Martha Valdivieso Enf.

Equipo Técnico: Martha Lucía Alzate Enf., Chantal Aristizábal MD, Manuel Roberto Escobar Ps,

Jacqueline Jaimes OD, María Susana Moya Ps, Jaime Núñez MD, Rafael Usme, Ps.

Colaboradores: Javier Tatis, María Claudia Caballero Enf., Edy Salazar Enf., Claudia Patricia Valencia Enf.

Revisión Final de las Guías:

Iván Javier Angarita Gálvez MD. MA. – Coordinador del Proyecto

Comité Técnico del Proyecto

Diseño y producción:

Ricardo Alonso & Torre Gráfica

torregrafica@gmail.com

Ilustración:

Helena Melo

hmt.ilustra@yahoo.es

Impresión

PRO-OFFSET Editorial LTDA.

Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión ó con fines comerciales.

Mayor información: www.minproteccionsocial.gov.co; www.onusida.org.co; www.col.ops-oms.org;

<http://colombia.unfpa.org>; www.unicef.org.co

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS

Pier Paolo Balladelli
Representante

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS – UNFPA

Diego Palacios
Representante

FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA – UNICEF

Paul Martin
Representante

Contenido general

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos | 6 |
| Glosario | 7 |
| Presentación del proyecto | 9 |
| Cómo usar estas guías | 12 |
| Guía 1: Gestión de servicios de salud sexual y reproductiva | 13 |
| Guía 2: Identificación de vulnerabilidad y riesgo en los servicios de salud sexual y reproductiva | 73 |
| Guía 3: Asesoría para la prevención y detección de la infección por VIH y el abordaje de otros eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva | 135 |



AGRADECIMIENTOS

La materialización de éste proyecto es el resultado del empeño y esfuerzo de los organismos del Sistema de Naciones Unidas en Colombia que lideran el proyecto (ONUSIDA, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF) y del Ministerio de la Protección Social, así como de los miembros del Comité Técnico del Proyecto y de las personas e instituciones que en las diferentes regiones del país trabajan a diario, por hacer de Colombia un país mejor.

Queremos agradecer a todas las personas y entidades que de una u otra forma participaron o hicieron posible la publicación de este documento, a los participantes de los diferentes talleres realizados en las ciudades de Armenia, Barranquilla, Bogotá, Buenaventura, Cali, Medellín y Bello por sus aportes y críticas, con las cuales enriquecieron los conceptos y propuestas de estas guías. A todos y todas infinitas gracias.

Por su especial aporte y dedicación queremos destacar el apoyo de las siguientes personas e instituciones:

Elizabeth Monroy Jaramillo (Instituto Departamental de Salud del Quindío), Paola Pineda y Angela María Castañeda (Dirección Seccional de Salud de Antioquia), Nancy Landazabal (Secretaría Municipal de Salud Pública de Santiago de Cali), Edith Ballesteros (Secretaría de Salud del Atlántico), Jaime Muñoz (Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla), Nayibt Salom (ONUSIDA), Luz Marina Muñoz (Proyecto de Movilización Social por la Salud Sexual y Reproductiva UNFPA – SDS), Arturo Zapata (Secretaría de Salud de Bello), María Antonina Román, Gloria Osorio y Verónica Bejarano (Grupo Saludcoop), Secretaría de Salud del Atlántico, Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Secretaría de Salud de Bello (Antioquia), Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., Instituto Departamental de Salud del Quindío, Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, Alcaldía Municipal de Buenaventura, Secretaría de Salud de Buenaventura, Grupo Saludcoop, Comfenalco Antioquia EPS, Ecoopsos EPS-S.

*Coordinación del Proyecto
Comité Técnico del Proyecto*

GLOSARIO

| | |
|---------|---|
| APV | Asesoría y Prueba Voluntaria. |
| ARS | Administradoras de Régimen Subsidiado. |
| ARV | Antirretrovirales (medicamentos). |
| CIPD | Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. |
| CNSSS | Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud |
| DSR | Derechos Sexuales y Reproductivas |
| DTS | Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. |
| EAPB | Administradoras de Planes de Beneficios, entendidas como EPS para el Régimen Contributivo, ARS para el Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción para los trabajadores del Magisterio Nacional, Ecopetrol y las Fuerzas Militares y de Policía y las DTS, para la atención de la población no asegurada. |
| ENDS | Encuesta Nacional de Demografía y Salud. |
| EPS | Entidades Promotoras de Salud. |
| ETS | Enfermedades de Transmisión Sexual. |
| GISSSR | Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. |
| HSH | Hombres que tienen Sexo con otros Hombres. |
| IEC | Información Educación y Comunicación. |
| IPS | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. |
| ITS | Infecciones de Transmisión Sexual. |
| MPS | Ministerio de la Protección Social. |
| ONG | Organización No Gubernamental. |
| ONUSIDA | Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. |
| OP/OMS | Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. |
| PAB | Plan de Atención Básica. |
| PNSSR | Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. |
| POS | Plan Obligatorio de Salud. |
| POSS | Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado. |
| PVH | Papiloma Virus Humano. |
| PVVS | Personas que viven con VIH o Sida. |
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud. |

| | |
|--------|---|
| Sida | Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. |
| SNS | Superintendencia Nacional de Salud. |
| SGC | Sistema de Gestión de la Calidad. |
| SOGCS | Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. |
| SSR | Salud Sexual y Reproductiva. |
| SSSR | Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. |
| TAR | Tratamiento antirretroviral de combinación. |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas. |
| UNGASS | (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS) Asamblea Especial de las Naciones Unidas para VIH/Sida. |
| VIH | Virus de la Inmunodeficiencia Humana. |
| WB | Western Blot. |

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO INTEGRAL

Situación de los servicios de APV y SSR

Dentro de las estrategias globales que buscan aumentar el acceso a la asesoría y prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, el UNFPA ha propuesto la integración de la APV a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como planificación familiar, cuidado prenatal, del parto y del puerperio, detección del cáncer de cuello uterino, ITS y la atención de casos de violencia sexual y de género, entre otros, a los que asisten especialmente mujeres y adolescentes, que además, según datos epidemiológicos, están sufriendo aceleradamente el impacto de la pandemia del Sida.

Estos servicios pueden jugar un rol esencial como medios para la prevención y detección de ITS/VIH/Sida en la población, cuando se garantiza su calidad y se ofrecen en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género.

De igual manera, los servicios de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) cumplen un papel fundamental en la lucha contra el VIH/Sida contribuyendo a promover entre la sociedad el conocimiento sobre la enfermedad, promoviendo un comportamiento sexual más seguro, la reducción del miedo, el estigma y la discriminación que existe alrededor de la epidemia y potencialmente, contribuyen a disminuir la incidencia de la infección, al mismo tiempo que estimulan la respuesta comunitaria en apoyo a las personas que viven con el VIH o con Sida (PVVS).

No obstante, en la actualidad la mayoría de los servicios de APV y SSR funcionan de forma separada o descoordinada, disgregando propósitos comunes, lo que refuerza percepciones erróneas en las personas, que siguen considerando el VIH/Sida como algo ajeno a su salud y propio de ciertos grupos de la población.

Igualmente, los actuales modelos de atención de muchas instituciones no están ajustados a las necesidades de atención de grupos poblacionales con características personales, sociales, culturales o demográficas que los hacen diferentes ante la sociedad, aumentando su vulnerabilidad frente al VIH, y a ser víctimas de actos de discriminación o vulneración de sus derechos.

Integración en los servicios de SSR como una nueva alternativa

La integración de los servicios es una propuesta que responde al concepto de Acceso Universal¹ y busca mejorar la calidad de la atención en SSR, de forma que supla las necesidades y expectativas de la población, mejorando la competencia del talento humano y la gestión de los recursos existentes.

La integración tiene entre otras, las siguientes ventajas:

- Disminuye las barreras de acceso a adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres a los servicios de SSR y a la información, prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH/Sida y otros eventos que afectan la SSR tales como ITS, gestaciones no deseadas, cáncer de cuello uterino, morbi-mortalidad materna y perinatal, etc.
- Permite crear espacios propicios para educar a las personas en el ejercicio y disfrute de la sexualidad y la reproducción.
- Permite utilizar la asesoría como una técnica útil para mejorar la eficacia de las acciones y la adherencia de las personas, en programas de SSR donde se presentan porcentajes importantes de abandono de usuarios como planificación familiar, detección de cáncer de cuello uterino, mama y próstata, cuidado prenatal, del parto y el puerperio, etc.
- Amplía la cobertura de población en la que se pueden identificar casos de infección por VIH.
- Permite una mayor integralidad y eficiencia en el servicio.
- Reduce costos en la prestación de los servicios al optimizar los recursos existentes.

La integración trasciende además el ámbito institucional, pues puede aplicarse dentro de las redes de servicio que conforman las instituciones que prestan servicios de salud (IPS) en las ciudades y regiones de su área de influencia, en las cuales participan como actor fundamental en la regulación de la atención, las entidades que administran planes de beneficios (EAPB) tales como EPS, de los regímenes contributivo y subsidiado y entidades territoriales de salud.

Este enfoque reconoce la necesidad de adecuar la respuesta nacional, para enfrentar los retos que plantean situaciones como la feminización de la epidemia de VIH/Sida y la disminución en la edad promedio de nuevos casos, el incremento

¹ El concepto de acceso universal puede ser revisado en la Declaración de Compromisos en la Lucha contra el VIH/Sida en www.unaids.org

de la tasa de fecundidad en adolescentes, el aumento de la mortalidad materna y perinatal y otros problemas relacionados con la SSR, en un contexto como el colombiano donde se reproducen múltiples factores de vulnerabilidad, que hasta ahora comienzan a abordarse.

Igualmente, pretende adecuar el papel de los servicios de salud a la transformación del sistema de salud colombiano, de tal manera que se puedan aprovechar el desarrollo alcanzado por algunos de los servicios de SSR en el país, sobre todo en materia de cobertura. Por ejemplo, los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud ² muestran como el parto institucional alcanza un 92%, mientras que la atención prenatal fue realizada en el 87% de los casos por médicos y en el 7% por enfermera (94% en total). De igual manera, 4 de cada 5 mujeres se ha realizado una citología y al 42% de las mujeres les han practicado un examen clínico del seno.

Sin embargo, estas cifras se deben acompañar de medidas eficaces para que las acciones en salud tengan el impacto esperado, de forma que los recursos que el país y las instituciones invierten se traduzcan en cambios importantes en la población. Allí es donde las intervenciones para mejorar la calidad de la atención y la transformación de los modelos de atención cobra vigencia, para que no solo contribuyan al crecimiento de las organizaciones sino también a mejorar la salud colectiva.

Bienvenidos pues al reto, a la búsqueda de los senderos del cambio y al logro de un país mejor.



ALDO LALE-DEMOZ

Representante UNODC

Presidente del Grupo Temático de ONUSIDA para Colombia

² Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Noviembre. 2005

COMO USAR ESTAS GUÍAS

Estructuración de las guías

Las guías del proyecto INTEGRRA fueron concebidas como un conjunto de documentos que se complementan entre sí, para servir de herramientas a las instituciones y a sus profesionales en la gestión de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Para ello, la guía No. 1 explica los conceptos básicos sobre la integración de los servicios de SSR, sus beneficios y las herramientas fundamentales para lograr una gestión eficaz de los mismos. En el sistema de gestión de los servicios, se explica la necesidad de contar con un modelo de atención, que sea capaz de responder a las necesidades de los usuarios/as en el cual se incluyen dos procesos esenciales: a) Detección de Riesgos y Vulnerabilidad y b) Asesoría.

Para implementar el proceso de Detección de Riesgos y Vulnerabilidad se creó la guía No. 2 y para el proceso de Asesoría la guía No. 3. Estas dos guías son fundamentales para lograr los propósitos del proyecto.

Recomendación para la lectura de las guías

Teniendo en cuenta la forma como fueron concebidas, se recomienda al lector que revise las guías en el orden en que se encuentran en el manual, de manera que pueda comprender que papel juegan la Detección de Riesgos y Vulnerabilidad (guía No. 2) y la Asesoría (guía No. 3) en el desarrollo del modelo de gestión de servicios de SSR (guía No. 1). Esta recomendación es más relevante, si quien revisa las guías es un miembro del grupo directivo responsable de los servicios.

De igual forma, las guías pueden utilizarse como apoyo al trabajo diario de los profesionales que trabajan en la atención de las personas. Las pautas allí contenidas les permitirán desarrollar de mejor manera su labor, sobre todo en los aspectos relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención, y la detección temprana de los eventos que la amenazan.

GUÍA 1

GESTIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

**Cómo orientarlos
hacia la prevención
de los problemas en SSR,
en especial del VIH/Sida,
mediante un enfoque
de calidad y de derechos**



PROYECTO INTEGRA
Proyecto Interagencial del Sistema de Naciones Unidas en Colombia
(ONUSIDA, OPS/DMS, UNFPA, UNICEF)
y el Ministerio de la Protección Social

Coordinación del Proyecto
Dr. Iván Javier Angarita Gálvez

Comité Técnico del Proyecto
Nohora Corredor, MD MSc – UNICEF
Ricardo García Bernal, MD MSc – ONUSIDA
Bertha Gómez, MD – OPS/OMS
Ricardo Luque Núñez, MD – MPS
Mary Luz Mejía Gómez – UNFPA
Rafael Pardo, MD – OPS/OMS
María del Pilar Rodríguez, MD – UNICEF

Autores de la guía
Iván Javier Angarita Gálvez MD
Martha Lucía Alzate Enf.
Jacqueline Jaimes OD
Jaime Núñez MD
María Iraidis Soto Enf.

Expertos y expertas que validaron la versión inicial de la guía
Marcela Arrivillaga Ps., Martha Patricia Bejarano Enf., Blanca Inés Cabiativa Enf.,
Nohora Corredor MD, Ricardo García MD, Bertha Gómez MD, Carlos Jaramillo MD,
Mary Luz Mejía Gómez., Leonardo Montero Riascos MD, Rafael Pardo MD,
Humberto Rojas Ps, Edy Salazar Enf., Rafael Usme Ps., Martha Valdivieso Enf.,
Claudia Patricia Valencia Enf.

Revisión Final
Iván Javier Angarita Gálvez MD, MA

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 17 |
| Panorama del VIH/Sida y la SSR | 19 |
| Marco operativo | 21 |
| Marco político | 21 |
| Marco normativo | 24 |
| Gestión integral de los servicios de SSR | 26 |
| Conceptualización | 26 |
| Retos y dificultades | 30 |
| Lineamientos para la gestión integral en los SSSR | 31 |
| Planificación del sistema de gestión | 33 |
| <i>Información de entrada</i> | 33 |
| <i>Resultado del proceso de planificación</i> | 34 |
| <i>Participación del personal</i> | 34 |
| <i>Alineación con la estrategia de la organización</i> | 34 |
| Direccionamiento del sistema | 38 |
| <i>Liderazgo</i> | 38 |
| <i>Responsabilidad</i> | 38 |
| <i>Autoridad</i> | 38 |
| <i>Integración de los conceptos de liderazgo, responsabilidad y autoridad</i> | 39 |
| <i>Comunicación</i> | 39 |
| Disposición de recursos para el sistema | 41 |
| <i>Sistemas de información</i> | 42 |
| <i>Redes de servicios</i> | 43 |
| <i>Sistema de referencia y contrarreferencia</i> | 45 |
| La gestión del talento humano | 46 |
| Definición de competencias del talento humano | 46 |
| Mantenimiento y mejora de competencias | 48 |
| Definición del modelo de atención y sus procesos | 49 |

| | |
|---|----|
| Propuesta de un modelo de atención | 50 |
| Medición, análisis y mejora | 53 |
| <i>Indicadores</i> | 53 |
| Construyendo un modelo de atención | 56 |
| Autoevaluación | 56 |
| <i>Recolección de información</i> | 57 |
| <i>Balace de la información</i> | 58 |
| Revisión y análisis | 58 |
| Toma de decisiones y seguimiento | 59 |
| <i>Prabando la alternativa</i> | 59 |
| <i>Ajustes posteriores a la decisión</i> | 60 |
| Bibliografía | 61 |
| Anexos | 63 |
| Indicadores cualitativos para IPS | 63 |
| Oferta de asesoría para VIH en SSSR | 63 |
| Oferta de asesoría integral en SSR | 63 |
| Indicadores cuantitativos para IPS | 64 |
| Demanda de asesorías | 64 |
| Falta de asesoría | 64 |
| Demanda de pruebas voluntarias para VIH | 64 |
| Pruebas reclamadas | 65 |
| Tasa de demanda de pruebas de VIH | 65 |
| Satisfacción de usuarios | 65 |
| Oferta de asesores | 66 |
| Eficiencia del talento humano | 66 |
| Costo/eficacia del tamizaje | 66 |
| Formato de reporte de indicadores de IPS | 67 |
| Normograma aplicable a SSSR | 70 |

INTRODUCCIÓN

La presente guía propone una serie de lineamientos básicos para promover y fortalecer la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva, creando las condiciones apropiadas para insertar la asesoría como herramienta de prevención y diagnóstico, no solo para la infección por VIH, sino como parte fundamental de las acciones en salud dirigidas a los y las usuarias de dichos servicios, con el fin de mejorar su calidad e incrementar la cobertura a aquellas poblaciones que no acceden a ellos, especialmente las más vulnerables.

La guía tiene en cuenta los resultados de la caracterización de los SSSR realizada por la coordinación del proyecto INTEGRA en una muestra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los municipios del país involucrados en la fase de validación del proyecto, la cual se constituyó en insumo para enfocar, orientar y aportar directrices de gestión acordes con su realidad y las necesidades de los y las usuarias, en busca de una mayor eficiencia y eficacia.

Además, se enmarca en los lineamientos políticos y normativos del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, del Ministerio de Protección Social, la política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH 2004-2007, las políticas internacionales de UNFPA, OMS/OPS, UNICEF y ONUSIDA en materia de SSR, VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la Declaración del Milenio de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) del año 2000, que dentro de sus objetivos pretende: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades.

A continuación, se describen, una serie de aspectos conceptuales y operativos relacionados con la gestión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, que facilitan la integración de actividades relacionadas con la identificación del riesgo y la vulnerabilidad, la oferta abierta de asesoría y la realización de pruebas voluntarias para la detección temprana, con algunas recomendaciones puntuales que sirven de orientación para la prestación integral de estos servicios con mayor eficiencia, eficacia y calidad.

Se utiliza un lenguaje sencillo, propositivo y optimista en medio de la dinámica actual de las instituciones del SGSSS, teniendo en cuenta los objetivos del Proyecto INTEGRA, las tendencias en materia de VIH, ITS y los desafíos para liderar

y lograr cada vez más, una gestión institucional flexible, innovadora y dinámica.

La guía se encuentra organizada en seis partes. En cada una de ellas se describen en forma general aspectos conceptuales de gestión y se induce al lector a observar, pensar, reflexionar, actuar y transformar desde una nueva perspectiva, la gestión de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, buscando contribuir con la reducción de barreras de acceso, ampliación de la cobertura y acceso universal a los SSSR.

De igual forma, se proporcionan algunas referencias bibliográficas, que le permiten al personal de salud, contar con otras fuentes de consulta para profundizar, complementar o aclarar asuntos relacionados con los contenidos tratados, los cuales deben ser adaptados según necesidades y exigencias de los SSSR.

La guía está dirigida a directores, coordinadores y/o responsables de los servicios de SSR en el ámbito de la prestación y/o el aseguramiento, así como a profesionales de salud que tienen entre sus funciones brindar orientación, atención, asesoría y tratamiento a personas, familia o comunidad, en actividades relacionadas con SSSR.

Por tanto, es responsabilidad de cada persona que provee estos servicios, profundizar en aquellos temas que de acuerdo con su competencia y perfil, requieran de mayor manejo de habilidades o conocimientos de gestión y actitudes favorables hacia el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que presta. Igualmente, cada institución deberá adaptar los contenidos que considere pertinentes de acuerdo con su nivel de complejidad, características particulares, región, cultura, idiosincrasia, características de sus usuarios, recursos humanos y técnicos.



Recuerde...

Esta guía puede ser utilizada y adoptada para fortalecer la integralidad en la prestación de los servicios de SSR que se ofrecen en las instituciones.

PANORAMA DEL VIH/SIDA Y LA SSR

GUÍA

Quizá ningún otro problema de salud actual nos haya permitido abordar simultáneamente tantos factores del ser humano y tantas temáticas como la infección por el VIH y el Sida; alrededor de este fenómeno podemos hablar de amor, sexo, dolor, moral, temor, terror, confianza, economía, política, misterio, promoción y prevención, de adelantos científicos, fracasos y éxitos, solidaridad, soledad, abandono, cooperación, literatura, comunicación, información, periodismo, farmacia, psicología, medicina, enfermería, educación, responsabilidad, corrupción... en fin, de la vida y de la muerte. Pero, ¿podemos decir que ello nos ha permitido construir una respuesta eficaz para el problema? Lamentablemente, la respuesta es NO.

De acuerdo con el informe nacional presentado por el Ministerio de la Protección Social (MPS) a UNGASS¹ correspondiente al periodo 2003-2005, el número total de casos notificados de infección por VIH y Sida en el país, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2005, ascendió a 46.815 casos, de los cuales 28.060 correspondieron a personas con VIH, 10.283 a personas viviendo con Sida y alrededor de 7.055 a muertes causadas por el Sida.²

Estos datos presentan un importante subregistro frente a las proyecciones realizadas por ONUSIDA, que para el 2005 estimaba en 0,7% la prevalencia para personas entre 15 y 49 años³. De otro lado, el acceso a tratamiento aún no alcanza los niveles esperados; la última estimación nacional reportó que aproximadamente el 54.8% de los pacientes estaba recibiendo Terapia Anti Retroviral (TAR), variando según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según este dato, se estima que cerca de 12.000 pacientes reciben actualmente tratamiento anti retroviral combinado.⁴

Así mismo, a la par con el crecimiento de la epidemia de VIH/Sida, también se han incrementado diversos problemas relacionados con el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de la población. El cáncer de cuello uterino en mujeres, y el de próstata en hombres, son los de mayor incidencia en Colombia⁵. La tasa de mortalidad materna en Colombia en el año 2005 fue de 68 fallecimientos x 100.000

¹ Ungass (por su nombre en inglés). Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida

² Ministerio de la Protección Social. "2006 Country Progress Report: Colombia". Bogotá. 2006

³ Estimación de la Epidemia de VIH/Sida en Colombia. Ministerio de la Protección Social y expertos. Bogotá, Agosto de 2005

⁴ Reunión de Consenso de estimación de coberturas del TAR. Ministerio de la Protección Social, Octubre de 2005

⁵ Marion Piñeros, Jacques Ferlay, Raúl Muñillo. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 1995-1999. Instituto Nacional de Cancerología, 2005.

nacidos vivos, una cifra demasiado elevada para su nivel de desarrollo. Países de la región de las Américas tienen tasas inferiores como Costa Rica con 11.2, Venezuela 67.2 y Canadá la tasa mas baja con 2,5 muertes x 100.000 nacidos vivos.⁶ La fecundidad de las adolescentes aumentó en la década de 1986 a 1995 de 70 a 89 por mil; en 2005 la tasa fue de 90 por mil. La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 19 a 21 por ciento en los 5 últimos años.⁷

Los anteriores datos, sumados a los costos de la atención se constituyen en todo un reto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como garante del derecho a la salud y justifican la intención de fortalecer la integración de los SSSR, capacitando las personas que ocupan cargos directivos en entidades de salud y que tienen la posibilidad de decidir para actuar de manera preventiva y proactiva, frente a un problema de gran interés general.

En respuesta a estos desafíos se han venido planteando diferentes modelos de intervención como el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida⁸, el cual promueve, entre otras estrategias: la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS), y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Es por eso que las acciones de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, acordes con tendencias mundiales en todos los campos empresariales, de servicios y bienes, deben estar presentes en la gestión de las IPS, y EPS, con el propósito firme de buscar la accesibilidad, la seguridad, la pertinencia y la oportunidad, en especial en la prestación de Servicios de Salud Sexual y de Salud Reproductiva.



Recuerde...

La presente guía apoya y facilita la incorporación de las acciones de identificación de riesgo y vulnerabilidad, asesoría en los SSSR, con el fin de incrementar la cobertura y mejorar la calidad en la atención, a través del fortalecimiento de la gestión institucional.

⁶ Fuente: OPS/OMS. Indicadores básicos. 2006

⁷ Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. 2005

⁸ Ministerio de la Protección Social. "Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida". Bogotá. 2006

Marco político

La Constitución Política de Colombia es la fuente principal a partir del cual se han desarrollado los derechos y deberes relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva. En los artículos 11, 13, 15, 16, 21, 48 y 49 se consagran los derechos fundamentales tales como el derecho a la igualdad, la integridad, la intimidad, la honra, al buen nombre, la salud y seguridad social y en su artículo 2 se establece la obligación del Estado de garantizar los derechos y deberes del ciudadano.

En concordancia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva⁹ recoge los compromisos internacionales adquiridos por Colombia en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos¹⁰, en el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción¹¹ y establece el marco conceptual y estratégico de la SSR en el país, a partir de la definición de la Organización Mundial de la Salud:

“La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como

⁹ Ministerio de la Protección Social. “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2002 - 2006” UNFPA. Febrero de 2003

¹⁰ Entre otros, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Americana de Derechos Humanos, Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Convención de los Derechos del Niño.

¹¹ Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)

el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital¹².

Como líneas de intervención, la política de SSR determina las siguientes:

- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Planificación familiar de hombres y mujeres.
- Control prenatal y detección temprana de alteraciones del embarazo.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino y lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Detección temprana de cáncer de seno.
- Atención a personas con infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida.
- Atención al menor, adolescente y mujeres maltratadas.

De igual manera el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/Sida, Colombia 2004-2007¹³, referencia las estrategias y acciones a desarrollar por los diferentes actores y sectores del país. El Plan está estructurado en tres ejes temáticos, y considera como ejes transversales la equidad de género y los derechos humanos:

- Eje I: Coordinación interinstitucional e intersectorial. Monitoreo y evaluación.
- Eje II: Promoción y prevención.
- Eje III: Atención y apoyo.

Consecuente con la PNSSR y el Plan Intersectorial, el Ministerio de la Protección Social formuló el "Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida" y la "Guía para el manejo del VIH/Sida, basada en la evidencia"¹⁴; formulando una propuesta de modelo de atención que sirve de enlace entre los lineamientos de las políticas en salud, la gestión de los servicios y la Guía de Atención en VIH/Sida. Este modelo de gestión tiene como objetivos:

¹² Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM), Plataforma 94, 95, 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) 7.2, documentos que a su vez incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, DMS.

¹³ Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. ONUSIDA 2004. Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/sida – Colombia 2004-2007

¹⁴ Resolución 3442 de 2006. Anexo. MPS - Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Fedesalud, Bogotá, 2006

1. Contener la epidemia del VIH.
2. Detectar tempranamente la infección por VIH.
3. Detener la progresión de VIH a Sida y la aparición de resistencias al tratamiento con antirretrovirales.
4. Monitorear y evaluar.

La propuesta del proyecto INTEGRAL incorpora conceptos y enfoque de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud¹⁵, por la cual se determinan los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia; definiendo para cada uno de estos ejes estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar.



Recuerde...

Las metas de la política de salud sexual y reproductiva están orientadas hacia:

1. Reducir el 26% de la fecundidad en menores de 20 años.
2. Reducir en 50% la tasa de mortalidad materna evitable.
3. Mantener la prevalencia general de la infección por VIH por debajo de 0.5% y reducir en un 20% la infección perinatal por VIH/Sida.
4. Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1000 nacidos vivos y eliminar la hepatitis B en recién nacidos.
5. Alcanzar la cobertura de detección temprana de citología cervico-vaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, según esquema.
6. Incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual contra la mujer y los menores.

¹⁵ Ministerio de la Protección Social. 2005. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.

Desde el ámbito jurídico, nuestro país cuenta con legislación aplicable a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y a la implementación de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se presenta en los anexos. Son de destacar:

A. La resolución 412 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y por la cual se adoptan normas técnicas para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, dentro de las cuales se incluyen:

- Atención del parto.
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.

Igualmente se definen las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, dentro de las cuales se encuentran:

- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, sífilis, VIH/Sida)
- Menor y mujer maltratados
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo

B. El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud (SOGCS), el cual define el marco conceptual y normativo para la implementación de sistemas de calidad orientados al logro de estándares adecuados a las necesidades en salud de la población.

C. El Decreto 1543 del 12 de Junio de 1997¹⁶ por el cual se reglamentó el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), el cual se fundamenta en el respeto a los Derechos Humanos, impone una

¹⁶ República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Diario Oficial No. 43.062, del 17 de junio de 1997. Decreto 1543 de 1997.

serie de regulaciones para evitar la discriminación a causa de vivir con el VIH o con Sida, y contempla aspectos de prevención y asistencia integral: establece la creación de protocolos de atención a pacientes con VIH, establece el consentimiento informado sobre las pruebas y define todos los aspectos relacionados con la garantía de la confidencialidad. Además se establece la conformación del Consejo Nacional de Sida (Conasida) como instancia de coordinación intersectorial para el direccionamiento de las políticas y estrategias relacionadas con el VIH y Sida y como organismo asesor del MPS.

- D. El acuerdo 245 de 2003 que establece la política de atención integral de patologías de alto costo y en su Artículo 5to resuelve que sean definidas por parte del Ministerio de la Protección Social las guías de manejo clínico de las patologías asociadas al VIH incluyendo acciones de promoción y prevención primarias, secundarias y terciarias específicas, de acuerdo con los contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS.

- E. La Resolución 3442, por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica". La Guía de atención para VIH/Sida sigue los lineamientos y metodología aceptados internacionalmente, modificando sustancialmente las guías de atención existentes —principalmente la incluida en la Resolución 412 de 2000— para las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Conceptualización

La denominación Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) contempla tanto los programas y servicios existentes, mediante los cuales se prestan las actividades, procedimientos e intervenciones contemplados en el PAB y en el POS¹⁷, como los servicios individuales (ambulatorios u hospitalarios) donde se hace educación, promoción, prevención y atención de aspectos de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción tales como infecciones de transmisión sexual, control prenatal y perinatal, partos, abortos, cáncer de órganos reproductivos, violencia sexual, consultas para el joven, consultas de ginecología, urología, actividades extramurales, etc.

Estos programas y servicios han sido fundamentales en el desarrollo del sistema de salud y son reconocidos por la población como componentes básicos del portafolio de cualquier institución, existiendo incluso una demanda espontánea de los mismos, como producto de su permanencia dentro de los servicios contemplados por el sistema, a través de las distintas reformas de la seguridad social. A pesar de su historia, la prestación de los servicios sigue conduciéndose con modelos que fueron desarrollados hace más de 30 años, cuando el concepto de "enfoque al cliente" no existía y conceptos como el de "gestión" que se estaban desarrollando dentro del mundo empresarial, eran casi desconocidos en el sector salud.

El concepto de "gestión" ha sido ampliamente debatido. El DRAE¹⁸ lo describe como "*Acción y efecto de gestionar, acción y efecto de administrar y cuasicontrato que se origina por el cuidado de intereses ajenos sin mandato de su dueño*". En otro diccionario¹⁹ se describe como "*Hacer los trámites o diligencias necesarios para resolver un asunto y dirigir o administrar una empresa o negocio*".

Desde el punto de vista del estudio de las ciencias administrativas, la Gestión se relaciona con la capacidad de innovar para generar productos (tales como pro-

¹⁷ Acorde con lo establecido en la normatividad vigente del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

¹⁸ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

¹⁹ http://diccionarios.elmundo.es/diccionarios/cgi/lee_diccionario.html

cesos, tecnologías, modelos de atención, etc.) que den respuesta a las necesidades o expectativas²⁰ de los clientes.

Dicho concepto ha venido siendo adoptado en el campo de los servicios como una forma de buscar constantemente formas novedosas de proveerlos, mejorarlos y garantizar su seguridad, lo que en salud es crítico toda vez que el producto (consultas, cirugías, actividades educativas, etc.) no se puede almacenar y probar antes de ser entregado, sino que es elaborado en el momento mismo de su prestación, dentro de márgenes de error muy estrechos, pues su ocurrencia implica riesgos para la salud o la vida de las personas.

En el campo específico de la SSR, la adecuada "gestión" de estos servicios es una manera de transformar la prestación para centrarla en la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población desde una perspectiva de derechos, utilizando una herramienta de intervención personalizada como la asesoría. Teniendo en cuenta las diferencias entre las distintas instituciones que prestan estos servicios en cuanto a orientación estratégica, cultura organizacional, recursos, etc., y las diferencias de los entornos en las que están ubicadas, la gestión de los servicios contempla la búsqueda de formas creativas de desarrollar modelos de atención que se adapten a las necesidades de la población y a las de cada organización.

Podemos entonces considerar la gestión integral de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva como el proceso dinámico, flexible y sistemático de articulación de los recursos disponibles, para producir servicios de calidad que respondan a las necesidades en SSR de las personas y contribuyan eficazmente en la prevención de los eventos adversos y patologías derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción²¹, así como en su detección temprana, con especial atención a la infección por VIH. La Gestión Integral se debe orientar a:

1. Promover una visión integral de la persona, en el campo de la SSR.
2. Facilitar el uso de los SSSR.
3. Ampliar la cobertura de los SSSR hacia la población.
4. Responder integralmente a las necesidades en SSR de cada persona.
5. Disminuir barreras de acceso.
6. Racionalizar recursos y costos.
7. Lograr beneficios sociales.

²⁰ La necesidad es entendida como la demanda de un satisfactor y la expectativa como las condiciones en que se desea recibir ese satisfactor. Las necesidades y expectativas no son siempre evidentes ni explícitas y requieren ser interpretadas por el proveedor.

²¹ Incluyen la infección por VIH/Sida, las ITS, el cáncer de cuello uterino y próstata, la mortalidad materna, las gestaciones no deseadas o en población adolescente, etc.

En la visión del Proyecto INTEGRAL, la gestión integral de los SSSR puede desarrollarse en dos ámbitos:

1. El ámbito individual, para que además del abordaje particular del problema objeto de cada programa (citología, cuidado prenatal, planificación, etc.), se detecten las demás necesidades en SSR del individuo y se abra la puerta a su satisfacción, con especial atención a la prevención del VIH, utilizando la oferta de asesoría como herramienta universal en los SSSR.
2. El ámbito organizacional, para que los modelos de atención consideren la estructuración de programas y/o servicios integrales de atención en SSR, orientados a la satisfacción de las necesidades de la población, mediante estrategias novedosas para promover el disfrute de una vida sexual y reproductiva sana, la prevención de los eventos adversos, en especial de la infección por VIH, y la adopción de herramientas de mejoramiento continuo de su calidad.

Los beneficios de una gestión integral para los diferentes actores son:

POBLACIÓN GENERAL

1. Adopción de comportamientos protectores.
2. Procesos de modificación de las características sociales de vida que establecen condiciones de vulnerabilidad para la población.
3. Prevención primaria de las patologías que afectan la SSR.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)

1. La implementación de servicios de prevención, tamizaje y diagnóstico en las IPS puerta de entrada, para disminuir el costo superior de las intervenciones requeridas en instituciones de mayor complejidad.
2. Racionalizar los costos del tratamiento de los eventos adversos en SSR a través de la instauración temprana de tratamientos e intervenciones y su prevención.
3. En el caso del VIH, el suministro de antirretrovirales que frenen la progresión de VIH hacia el Sida.
4. Compromiso y responsabilidad social en el logro de objetivos de interés en salud pública.
5. Mejoramiento continuo de la atención en salud que se traduzca en satisfacción de los usuarios y por ende en un factor preponderante en la elección de EAPB

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

(Clínicas, hospitales, IPS, profesionales independientes)

1. Optimización en el uso de recursos.
2. Aumento en la eficiencia clínica asistencial.
3. Mayor integralidad en la atención en salud.

Continúa

4. Mejoramiento continuo de la atención en salud que se traduzca en satisfacción de los usuarios y por ende en un factor preponderante para la elección y contratación de prestadores en el mercado.
5. Fortalecimiento de la gestión institucional.
6. Mejoramiento en el acceso a las poblaciones más vulnerables.

PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA (PVVS)

1. Detección temprana del VIH.
2. Instauración oportuna de TAR que incidan en la calidad y cantidad de vida.
3. Educación y empoderamiento mediante acciones permanentes para mejorar la comprensión de la situación y el manejo autónomo de las diferentes circunstancias que se enfrentarán en el futuro, buscando con ello minimizar la dependencia y los procesos de exclusión social consecuentes.²²
4. Acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones que frenen la progresión de VIH hacia el Sida.

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD (DTS)

1. Garantizar el derecho a la salud de su población.
2. Flexibilizar y disminuir las barreras de acceso para la atención.
3. Cumplimiento de sus funciones, compromiso y responsabilidad social en el logro de objetivos de interés en salud pública.

La Gestión Integral de los SSSR es una forma de desarrollar las características o atributos esenciales de la calidad de la atención en salud que han sido establecidos por diferentes autores (Donabedian, 1966) y se constituyen en base fundamental para la toma de las decisiones. Ellos son:

- Accesibilidad • Oportunidad • Continuidad • Integralidad
- Disponibilidad • Satisfacción • Racionalidad técnico científica
- Eficiencia, eficacia y efectividad

Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿Qué tanto se aplican y cumplen estos criterios por parte de los proveedores de los servicios?
2. ¿Cuál es el grado de conocimiento que se tiene de estos principios?
3. ¿Qué haría en su institución para lograrlos?

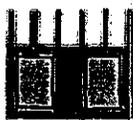
²² Ministerio de la Protección Social – Fedesalud. Modelo Programático de Atención en VIH – Sida. Bogotá. Septiembre 2006.

Retos y dificultades

Existen diversas situaciones que pueden convertirse en obstáculos para la gestión integral de los SSSR y para que la misma cumpla con los propósitos señalados. Desde el concepto del proyecto ellas se constituyen en "barreras de acceso", pues impiden de una u otra forma la utilización de los servicios de SSR para los fines previstos. Algunas de las barreras de acceso más frecuentes son:

- Estigma y discriminación.
- Ruptura de la confidencialidad por los miembros del equipo de salud, o por el manejo dado a la información.
- Tiempo de duración de las consultas y/o asesorías.
- Demora en el procesamiento de muestras en los laboratorios.
- Infraestructuras físicas que no permiten garantizar la privacidad.
- Interrupciones durante la consulta.
- Exceso de trámites para recibir atención oportuna.
- Sistemas de asignación de citas poco ágiles.
- Modelos de contratación orientados al cumplimiento de coberturas o metas financieras, sin considerar el costo/efectividad de las acciones desarrolladas.
- Diferencias entre los planes de beneficios a los que tienen derechos usuarios/as de los diferentes regímenes del sistema.
- Diferencias en la oferta de servicios en distintas zonas de una misma ciudad y entre regiones del país.
- Características culturales, epidemiológicas y/o demográficas de la población.
- Desconocimiento del lenguaje y simbologías de la población.
- Diferencias generacionales entre usuarios y los profesionales de los SSSR.
- Mal funcionamiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contrarreferencia entre IPS y entre estas y las EAPB, etc.

Observe



reflexione y actúe:

1. ¿Usted como gerente o proveedor de estos servicios conoce el contexto socio cultural y demográfico de sus usuarios?
2. ¿Cada cuánto actualiza la caracterización de este contexto?
3. ¿Qué razones tiene para no hacerlo?
4. ¿Qué otros aspectos tendría en cuenta?
5. ¿Cuáles son las principales barreras de acceso para la prestación de SSSR en su institución?
6. ¿Qué estrategias establecería para reducirlas y eliminarlas?

LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN INTEGRAL EN LOS SSSR

Como se ha mencionado anteriormente, la Gestión Integral de los Servicios de SSR se fundamenta en la perspectiva de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para buscar que las instituciones de salud puedan desarrollar formas novedosas de prestar los SSSR, logrando niveles de calidad satisfactorios para las organizaciones y para sus usuarios/as.

Para el proyecto INTEGRA, la gestión integral se puede lograr concibiendo los SSSR como un Sistema de Gestión de Calidad (SGC), cuyo propósito fundamental es lograr la satisfacción de todos los interesados, utilizando el enfoque basado en procesos y la mejora continua, como principios fundamentales.

En un SGC, los propósitos que busca cada uno de los interesados se convierte en un requisito para el sistema. Estos propósitos pueden ser expresados de distintas formas: los estados y sus instituciones los plasman en políticas internacionales y nacionales, leyes, decretos, etc.; la sociedad y sus organizaciones mediante declaraciones, encuestas, recomendaciones; las instituciones en su plataforma estratégica, normas internas, estándares y procesos; los usuarios/as a través de sugerencias, reclamos, peticiones, expectativas y estudios de necesidades. Ejemplos de estos requisitos son los Objetivos del Milenio acordados por la Asamblea de Naciones Unidas, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida, la resolución 412/2000, la visión, misión y objetivos estratégicos de cada institución, los objetivos de los programas de SSR, los resultados de los estudios sobre satisfacción de usuarios/as del sistema de salud, etc.

A partir de los requisitos del sistema, se deben identificar los procesos básicos²³ y los procesos de apoyo²⁴ necesarios para cumplir con dichos requisitos y sus interacciones, pues con frecuencia las "salidas" o productos de un proceso se convierten en "entradas" o insumos del siguiente proceso. La identificación y ges-

²³ El término "procesos básicos" se refiere a aquellos procesos que son fundamentales para prestar el servicio y que usualmente son visibles para el usuario/a, como por ejemplo Asignación de Citas, Atención Médica, etc. El conjunto de procesos básicos constituyen el Modelo de Atención.

²⁴ El término "procesos de apoyo" se refiere a aquellos procesos que garantizan la calidad de los insumos y personas requeridos para el servicio y que usualmente no son percibidos por el usuario/a, a menos que fallen. Como ejemplo están: la Selección de Personal, el Mantenimiento de Equipos, la Compra de Medicamentos, etc.

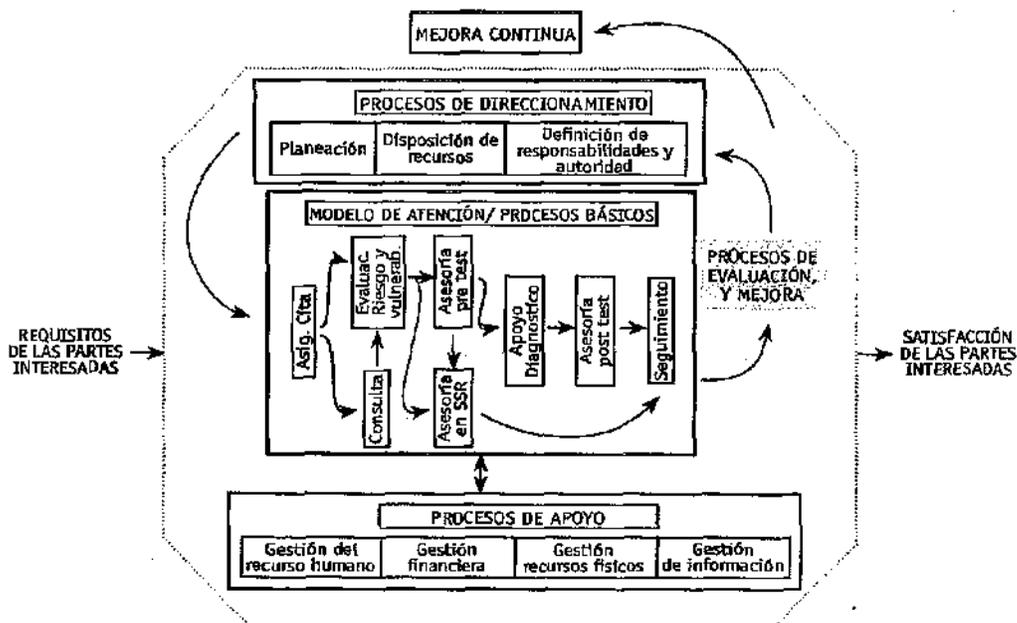
ción sistemática de los procesos empleados, y en especial la determinación de las interacciones entre tales procesos se conoce como Enfoque Basado en Procesos.

Para asegurar que los procesos básicos y los de apoyo cumplan con los requisitos de las partes interesadas, es necesario construir procesos para el direccionamiento del sistema, mediante los cuales se puedan definir: responsabilidades, niveles de autoridad, tomar decisiones con base en los resultados obtenidos, procesos para evaluar, analizar y mejorar el sistema, retroalimentar la toma de decisiones, ajustar los aspectos que no estén bien y mejorar los que hayan alcanzado un adecuado nivel.

En la figura 1 se presenta un ejemplo de un SGC para SSSR donde se muestra el enfoque basado en procesos y la interacción entre los tipos de procesos mencionados:

- Procesos básicos ó Modelo de atención
- Procesos de apoyo
- Procesos de direccionamiento
- Procesos de evaluación, análisis y mejora

Figura 1. Ejemplo gráfico de un sistema de gestión de la calidad para SSSR



Nótese que las partes interesadas proveen los requisitos para el sistema, y a su vez son la razón de ser del sistema. Lograr su satisfacción a través de la mejora continua se convierte en el propósito fundamental del SGC. Si se tiene en cuenta que los requisitos son cambiantes en el tiempo, los estándares de calidad a alcanzar siempre serán más altos. En este orden de ideas, la mejora continua no es más que la búsqueda continua de la excelencia.

Para desarrollar ésta propuesta de Gestión Integral, a continuación se revisan algunos de los lineamientos, detallando algunos aspectos fundamentales para su desarrollo e implementación.

Planificación del sistema de gestión

*"El éxito no se logra sólo con cualidades especiales.
Es sobre todo un trabajo de constancia, de método y de organización."*

J.P. Sergent

La planificación es la organización anticipada de las estrategias, acciones, recursos y tiempo requeridos para lograr un objetivo, la definición de los resultados que racionalmente se pueden esperar y de los mecanismos para corregir las desviaciones que ocurran. Para desarrollar este proceso se dispone de una serie de métodos y técnicas, que el lector puede consultar en libros especializados. Sin embargo señalaremos aspectos esenciales del proceso (Adaptado de ICONTEC, 2000, pp 19-20 y Khadem, 2002).

Información de entrada

La información de entrada para una planificación eficaz y eficiente debe incluir:

- a) los objetivos estratégicos definidos por la organización a partir de su visión, en especial los relacionados con los SSSR,
- b) las necesidades y expectativas de los usuarios/as y de otras partes interesadas tales como clientes internos, junta directiva de la institución, entidades del estado, comunidad, etc.,
- c) la evaluación de los requisitos legales y reglamentarios (sobre todo los específicos del sector salud y los que regulan los SSSR),
- d) la evaluación de los datos de desempeño de los servicios ofrecidos (calidad de los mismos, aceptación por parte de los usuarios/as, calidad frente a la competencia),
- e) la evaluación de los datos de desempeño de los procesos (procesos que contribuyen a que el servicio se pueda prestar),

- f) las lecciones aprendidas de experiencias previas,
- g) las oportunidades de mejora (acciones que puedan llevar que algo que está bien, logre niveles más altos de calidad),
- h) los datos relacionados con la evaluación de los riesgos y la atenuación de los mismos.

Resultado del proceso de planificación

Los resultados de la planificación deben permitirle a la institución definir cuales son los SSSR que la institución ofrecerá con las características solicitadas en la información de entrada, cuales son los factores críticos de éxito a lograr, y como deben ser los procesos básicos para la prestación del servicio y sus procesos de apoyo, en términos de:

- a) las habilidades y conocimiento que se necesitan para esos SSSR,
- b) la responsabilidad y autoridad para la implementación de los SSSR y su mejora,
- c) los recursos necesarios, tales como los financieros y de infraestructura,
- d) los indicadores para evaluar el logro de la mejora en los SSSR (los que permitan medir los factores críticos de éxito),
- e) las necesidades de mejora, incluyendo métodos y herramientas, y
- f) las necesidades de documentación, incluyendo registros (manuales, circulares, planillas, guías clínicas, etc. que se requieran).

Participación del personal

"A nadie le gusta que le impongan lo que debe hacer". La participación más que una estrategia populista es una necesidad imperiosa de las organizaciones. La participación asegura el tener en cuenta el punto de vista de otros, es decir, sus conocimientos, experiencia y expectativas y genera sentido de pertenencia con lo planificado.

Un buen proceso de planificación mantiene altas dosis de participación, pero igualmente exige un gran compromiso para que lo planificado sea respetado al implementarse, de manera que se genere confianza y credibilidad al interior de la institución.

Adicionalmente, la participación del personal es esencial para lograr la coordinación de las acciones entre distintas áreas de la institución, esencial para unificar criterios y garantizar el trabajo organizado que permita la obtención de los objetivos.

Alineación con la estrategia de la organización

La estrategia es el conjunto de intenciones que se erigen como faro para guiar la organización. Refleja las sueños compartidos por cada uno de sus miembros a par-

tir de sus vivencias y saberes, del contexto local y global en que se mueven (social, político, económico, cultural, etc.) y de lo que esperan las otras partes interesadas de la organización. La estrategia permite definir los factores críticos de éxito que se desean lograr, para satisfacer todos esos sueños.

Aunque existen muchas herramientas para formular la estrategia, usualmente las organizaciones utilizan la Planeación Estratégica y expresan sus sueños e intenciones en las frases que componen la visión, misión, valores y objetivos estratégicos.

Desafortunadamente, es común que las frases definidas se queden en simples palabras publicadas en carteles o protectores de pantalla, sin que sean comprendidas por los colaboradores de la institución y mucho menos, que se conviertan en la guía permanente de trabajo.

El proceso para lograr que la estrategia organizacional cumpla su propósito, se conoce con el nombre de Alineación. La alineación "..... se refiere a una condición deseable, dentro de la cual las tareas de las personas se unen con un propósito común, y donde sus líneas de acción se integran por completo. En las empresas verdaderamente alineadas, las personas no trabajan con propósitos contrarios y no impiden el progreso de los demás" (Khadem, 2002, Introducción)

Siendo los SSSR parte fundamental de las instituciones de salud, la alineación entre el quehacer de los mismos y la estrategia organizacional es imperiosa para lograr su desarrollo. Estar "alineados" es garantía de apoyo, participación y disponibilidad de recursos. Los siete conceptos de la alineación son (Khadem, 2002, p 69):

- **La responsabilidad alineada:** Significa que a partir de un propósito se debe asignar en cada nivel las responsabilidades necesarias, definiendo cual es el factor crítico de éxito en cada uno de ellos.

Asignar responsabilidades implica necesariamente asignar la autoridad necesaria para asumirla, de lo contrario, sería como decirle a un cirujano que opere un paciente, pero que cada corte o sutura que deba realizar la consulte primero con el jefe del departamento. De otro lado, el factor crítico de éxito será aquel que permita cumplir a cabalidad con el objetivo, que en cada nivel contribuye al logro de la estrategia de la organización.

- **La información enfocada:** Significa que de acuerdo con las responsabilidades y los factores críticos de éxito definidos, cada persona centre su atención únicamente en los datos indispensables para controlar si está consiguiendo o no alcanzar las metas definidas para cada factor. Ello implica "dejar de nadar en un mar de datos" y seleccionar solamente los que le puedan indicar confiable-

mente los avances o retrocesos, es decir, para saber lo que se destaca (buenas noticias) y lo que se deteriora (malas noticias).

- **Las capacidades alineadas:** Asignar responsabilidades a quien no tiene las aptitudes necesarias para lograrlo es condenarlo al fracaso. Por eso, es importante definir que capacidades se requieren en cada nivel de responsabilidad, que acciones efectuará la organización para colocar las personas correctas en el sitio correcto y para mantener su competencia y motivación. (Puede ampliar esta información más adelante en la sección de "Gestión del Talento Humano".)
- **Los comportamientos alineados:** Los comportamientos de los miembros de una organización reflejan las cosas en las que creen y que los mueve a actuar de una u otra forma. Cuando sus comportamientos no favorecen la consecución de los propósitos de la organización se enfrenta un problema mayúsculo, pues los comportamientos generan hábitos y estos construyen la cultura de la organización.

Al definir la estrategia de la organización es necesario revisar cuales comportamientos existen en la organización, cuales de ellos son positivos y negativos para el logro de la estrategia. Esto permitirá definir los valores que requiere la estrategia, los comportamientos que son congruentes con la estrategia y la manera en que en cada nivel de responsabilidad se favorecerán los comportamientos adecuados y se desestimularán los negativos.

- **Los equipos alineados:** Son innegables las ventajas del trabajo en equipo. No obstante, no siempre el trabajo en equipo contribuye al logro de la estrategia.

Comúnmente, los equipos de trabajo se conforman por áreas, cuya responsabilidad recae en una persona. En sus reuniones, se dedican a revisar lo que cada uno de los miembros ha hecho para lograr sus metas y las dificultades que han tenido, por lo que la mayor parte del tiempo se vá en tratar los intereses particulares y no los del grupo.

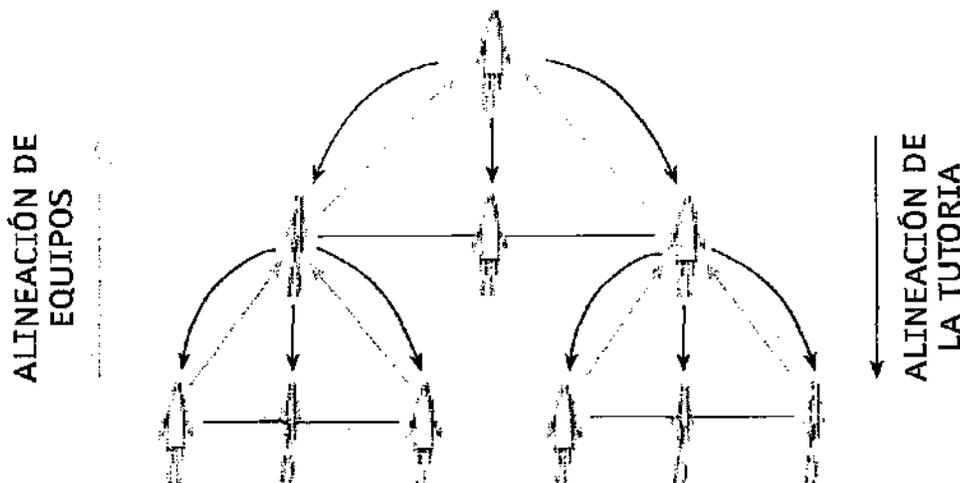
Alinear equipos significa cambiar este enfoque para que estos equipos se dediquen a evaluar, ajustar y volver a revisar los propósitos comunes que usualmente son los que son responsabilidad del líder, repitiendo la misma mecánica a través de toda la escala jerárquica (ver figura 2).

- **La tutoría alineada:** Al trabajar en equipos alineados puede pensarse que las ideas e iniciativas individuales desaparecen en función del equipo. Para ello la

alineación de equipos se complementa con la tutoría alineada, que significa que la responsabilidad de los líderes no termina al controlar que su equipo contribuya al logro de sus objetivos, sino que requiere dedicar tiempo a brindar el acompañamiento a cada uno de sus miembros para orientar, aconsejar y enseñar, es decir, para ayudar a que sus colaboradores logren sus resultados y los del equipo (ver figura 2).

- **Las compensaciones alineadas:** Cambiar el enfoque de la organización para que esté alineada con la estrategia implica que los estímulos refuercen dicha alineación. No es consecuente promover una cosa y premiar otra. Alinear las compensaciones implica desarrollar un plan de estímulos (monetarios y no monetarios) que recompensen el buen manejo de la información, el desarrollo de competencias, el trabajo en equipo, los cambios o mejoras en los comportamientos deseados, etc.

Figura 2: Esquema gráfico de la complementariedad entre los equipos alineados y la tutoría alineada.



Los procesos y los servicios son posibles porque al interior de las instituciones existen personas con las capacidades necesarias para impulsar, coordinar y organizar la elaboración de las tareas planificadas.

La forma como se aprovechan las capacidades de las personas es fundamental en ésta tarea y es necesarios diferenciar muy bien los siguientes conceptos y su relación:

Liderazgo

El liderazgo es entendido como la capacidad que tiene una persona de generar confianza, motivación y deseos en otras personas, para llevarlas a desarrollar alguna tarea o labor hasta el final.

El liderazgo no necesariamente está ligado a la autoridad, razón por la cual es indispensable reconocer y aprovechar la capacidad de liderazgo de diferentes miembros de una institución, independiente de su posición jerárquica. Es importante controlar al interior de la organización los temores que pueden generar entre los directivos, el hecho que personas que no ostentan sus posiciones, puedan ser responsabilizadas de liderar procesos dentro del sistema. Igualmente, es necesario preveer, como se alinearán las compensaciones, cuando se asignan nuevas responsabilidades.

Responsabilidad

Es la obligación que tiene cada persona de asumir los resultados positivos y negativos de las acciones que ejecuta (o deja de ejecutar) o le son encomendadas.

Dentro de un SGC la responsabilidad debe ser entendida no solo como un acto individual, sino colectivo, en la medida en que el Enfoque Basado en Procesos demuestra como las interacciones generan responsabilidades compartidas. Adicionalmente, la responsabilidad está ligada a la autoridad, pues ésta se convierte en un medio para cumplir las tareas.

Autoridad

Es la potestad que se brinda a una persona para mandar y lograr que se cumpla lo ordenado.

La autoridad está ligada a la responsabilidad en la medida en que le permite a la persona tomar las decisiones que sean razonables con los resultados deseados, pero también de asumir las consecuencias de dichas decisiones. Cuando se combinan en una persona el liderazgo y la autoridad los resultados se potencian.

Integración de los conceptos de liderazgo, responsabilidad y autoridad

Una tarea fundamental en la implementación de un SGC es asignar responsabilidades y autoridad en los niveles apropiados de la organización. No es posible asumir responsabilidades sin delegar autoridad. Igualmente es irresponsable delegar autoridad sin asumir responsabilidades. Si adicionalmente estas dos facultades se conceden en cada nivel, a personas con capacidades de liderazgo, se asegura en gran proporción que los resultados serán los deseables.

El propósito de implementar de manera integral estos tres conceptos es permitir el flujo del sistema y evitar que se presenten "cuellos de botella", que impidan tomar las decisiones en el momento justo, situación frecuente en instituciones donde dicha tarea es exclusiva de la gerencia o de un grupo reducido de directivos.

Observe



reflexione y actúe:

1. ¿Están definidos la autoridad y las responsabilidades en cada nivel de su institución?
2. ¿Se aprovechan las personas con capacidad de liderazgo o se ejecutan tareas para desarrollar habilidades de liderazgo?
3. ¿La falta de decisiones es la causa de alguna barrera de acceso para la prestación de SSSR en su institución?
4. ¿Qué estrategias establecería para reducir y eliminar las barreras existentes por problemas de liderazgo, responsabilidad y autoridad?

Comunicación

Especial atención dentro de los procesos de direccionamiento, merecen los procesos de comunicación, en las instituciones que prestan SSSR.

La comunicación debe ser entendida como una función social del ser humano, que no solo es innata sino indispensable en organizaciones sociales como son las instituciones de salud. No es posible direccionar una institución, construir procesos, ni mucho menos mejorarlos si no existe comunicación entre las personas que los ejecutan, y entre ellas y las partes interesadas en dichos procesos (usuarios/as, clientes internos, directivos, el estado, la comunidad, etc.).

Por ello no solo es necesario permitir la comunicación, sino que se deben fortalecer los medios ágiles y efectivos para lograrla. Al alinear equipos y alinear la tutoría, básicamente se están definiendo procesos de comunicación. Estos procesos deben convertirse en espacios de interacción y crecimiento personal, en los

que se propicie la reflexión sobre los propios miedos, temores, estigmas, discriminación y se construyan o reconstruyan nuevos sentidos, significados sobre un ejercicio profesional en el que prime el respeto por los derechos y la calidad de los servicios que se prestan.

Habitualmente, las instituciones utilizan medios de comunicación verbal y escrita tales como reuniones, comités, correspondencia oficial y divulgación de información, folletos, plegables, cartillas, manuales, talleres, medios virtuales, etc. Sin embargo, se suele abusar de algunos de estos medios, suponiendo que son eficaces para todos los propósitos e incluso imponiendo alguno de ellos sin mayores consideraciones.

La efectividad que se puede obtener de cada uno de ellos variará de acuerdo con su utilización en los contextos apropiados, y el acatamiento de las reglas básicas definidas para el desarrollo de cada uno. No obstante, la clave para obtener el mayor provecho radica en que se explore cuales son los hábitos de comunicación que la organización ha desarrollado, cuales sirven a sus propósitos y se pueden aprovechar, cuales se deben desestimular y cuales se pueden implementar aunque no hayan sido explorados. Independiente del medio que se elija en cada caso, las comunicaciones deben ser:

- Oportunas.
- Claras y concretas.
- En un lenguaje corto, sencillo y comprensible para quien recibe el mensaje.
- Acordes con las características sociales, culturales y educativas de cada receptor.
- Confidenciales en el grado que se requiera en cada caso.

Observe



reflexione **y actúe:**

1. ¿En su institución con qué mecanismos de comunicación se cuenta?
2. ¿Cómo son las comunicaciones al interior de los SSSR?
3. ¿Qué se podría mejorar?
4. ¿Qué estrategias establecería para que los mecanismos de comunicación sean aceptados?

Disposición de recursos para el sistema

Ningún sistema de gestión puede funcionar si no cuenta con los recursos necesarios para garantizar su calidad. "Los recursos pueden ser personas, infraestructuras, ambiente de trabajo, información, proveedores y aliados, recursos naturales y recursos financieros" (Icontec, 2000, p 25).

Sin embargo, cuando se piensa en recursos es frecuente centrarse en lo financiero o lo físico, cuando la mayoría de sistemas no fallan por estos aspectos, sino por la falta de recursos intangibles como procesos y procedimientos definidos, indicadores de evaluación, entrenamiento y capacitación, datos para la evaluación, etc.

Al realizar un inventario de los recursos necesarios para la prestación de los SSSR, es necesario tener en cuenta que los primeros a proveer son los definidos por la legislación del sector salud. Estos recursos no son optativos y es obligación de cada institución garantizarlos²⁶.

Una vez garantizados estos recursos básicos es necesario abordar otros tópicos que parten de los demás requisitos del sistema definidos por las partes interesadas, como ya se mencionó.

En primer lugar se debe tener en cuenta el concepto de expectativas de los usuarios/as, que se refiere a la forma como perciben el servicio y a las condiciones en las cuales desean recibir esos servicios; en la mayoría de los casos estas expectativas tienen que ver con aspectos tangibles e intangibles del servicio tales como:

- Comodidad, decoración, iluminación y apariencia general de los espacios locativos tales como salas de espera, consultorios, recepción, etc.
- Calidez y amabilidad en la atención brindada por cada una de las personas que intervienen en el proceso.
- Lenguaje utilizado por los profesionales para comunicarse con ellos.
- Continuidad en la atención por el profesional y el equipo que lo respalda.
- Atención integral a sus necesidades.
- Pocos trámites y agilidad en los mismos.

En segundo lugar, se debe tener en cuenta los recursos que no siendo visibles para el usuario/a, son indispensables para satisfacer sus necesidades y expectativas, pero que también le van a permitir a la organización hacer más eficaz y eficiente el

²⁶ Para ampliar esta información se recomienda consultar entre otras, la normatividad vigente sobre Requisitos de Habilitación, el decreto 1543/1997, la resolución 412/2000, la resolución 1164/2002 y la Guía para el Manejo de la Infección por VIH/Sida en Colombia, adoptada mediante resolución 3442/2006.

sistema, ya sea por que potencian la prestación de los SSSR y los sistemas de salud o porque facilitan las tareas, contribuyen a la mejora de los procesos o ahorran costos de no calidad. Veamos algunos.

Sistemas de información

Un sistema de información tiene como propósito la provisión de datos e información útil para la toma de decisiones.

Con frecuencia se confunde el sistema de información con el software utilizado para recolectar y procesar los datos, por lo que se cree que al adquirir éste último, se soluciona cualquier problema en éste campo. Infortunadamente la realidad es que cuando no hay claridad sobre que se debe saber, cuando saberlo y como, la implementación de un software puede llevar a un caos a la organización.

El primer parámetro para definir el sistema de información es saber lo que se quiere saber y quien lo quiere saber. Ello se determina al definir los factores claves de éxito mencionados en la "Planificación del Sistema", y luego, al revisar las obligaciones definidas legal o contractualmente.

A partir de esa definición se establecen las fuentes de los datos que existan (historia clínica, RIPS, archivos magnéticos, registros de asesorías y consentimiento informado, etc.) o las que haya que crear, la periodicidad con que se requieren los datos, los flujos de información y los responsables (quien le debe entregar que a quien). En los SSSR se recogen múltiples datos que se destinan a diferentes cosas:

- Cumplir con la notificación obligatoria de los eventos de interés en salud pública.
- Cumplir los compromisos contractuales.
- Satisfacer las necesidades de información de la organización.
- Cumplir requerimientos legales.

Sin embargo, en muchos casos, el grado de aprovechamiento de los datos no compensa el esfuerzo y los recursos invertidos para recopilarlos. Incluso es frecuente encontrar que los datos que son importantes para la organización no se recolectan, mientras que otros que no son fundamentales si están disponibles. Si los datos no son útiles a alguien no deberían recolectarse, salvo obligación legal.

El sistema debe diseñarse de tal forma que garantice la confidencialidad de la información del usuario/a, pues está es su propiedad y no puede ser divulgada de manera que permita su identificación. En este aspecto es fundamental que las personas que participan en el sistema de información reciban la formación apropiada, para que no se conviertan en fuente de violación de derechos.

Observe

reflexione y actúe:

1. ¿Cómo funciona el sistema de información en su Institución y en los SSSR?
2. ¿Qué utilidad da a la información derivada de este sistema para mejorar los SSSR?
3. ¿El personal de salud de los SSSR está debidamente capacitado para participar en el sistema de información?
4. ¿Qué estrategias establecería para mejorar su sistema?

Redes de servicios

Ninguna institución es capaz de ofrecer el ciento por ciento de los servicios de salud que una comunidad requiere, por lo que es fundamental la cooperación (y no la competencia) con otras instituciones que se encuentren en el mismo territorio, e incluso fuera de él.

Ese es el fundamento del concepto de redes, como conjuntos de unidades productoras de servicios (de salud y de otros campos), de variado nivel de complejidad que se encuentran articuladas entre sí, administrativa y funcionalmente, para brindar bienestar a la población.

La conformación de las Redes de Servicios es una estrategia para mejorar de manera eficiente y racional el uso de los recursos disponibles, incrementar la eficacia de los servicios en la solución de problemas prioritarios de salud pública, y distribuir de manera equitativa la oferta de servicios.

La red constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden vincularse, ya sea por una relación contractual o mediante una alianza estratégica. Sus características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicidades, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración, por lo que el liderazgo, es válido para cada uno de los integrantes. De esta forma se da paso al cambio de una forma jerárquica de organización piramidal, a la concepción de red como forma de articulación multicéntrica²⁷ (ver figura 3).

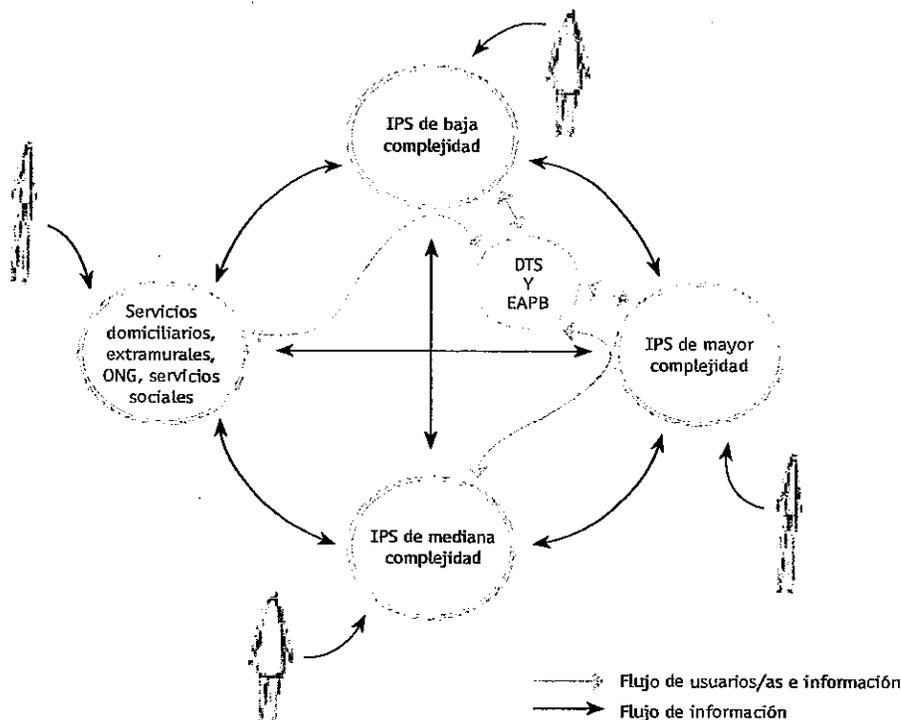
El fundamento de la red es que los servicios que cada uno aporta sean los que su capacidad instalada le permite prestar, en las condiciones prometidas y con los

²⁷ Mario R. Rovere, REDES EN SALUD: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad

atributos esperados por cada uno de sus miembros (oportunidad, accesibilidad, etc.) y por la comunidad a la que se dirigen los servicios.

En una red de servicios de salud pueden participar de manera activa los diferentes actores del SGSSS: dirección territorial de salud, EAPB, IPS públicas y privadas y profesionales independientes, etc., así como instituciones sociales y de otros sectores que puedan aportar a la solución de las necesidades de los usuarios/as; esto incluye instituciones de protección o asistencia social, instituciones educativas, comunidades religiosas, organizaciones no gubernamentales, instituciones deportivas, recreativas, laborales, juveniles, entre otras, a fin de aumentar las propuestas de intervención y participación en la solución de problemas.

Figura 3. Modelo relacional horizontal de red de servicios multicéntrica



Uno de los principales retos de una red de servicios es lograr la coordinación óptima para garantizar la continuidad e integralidad de la atención en salud, conforme a los atributos de calidad esperados, de acuerdo con los niveles de complejidad requeridos por los usuarios/as y los procedimientos e intervenciones requeridos para dar solución a sus necesidades.

Por ello no es suficiente con saber cual es la capacidad instalada de las instituciones o definir los canales de comunicación, sino que debe existir una estructura

mínima que le sirva de soporte, como procesos definidos, un sistema de información, registros, personal entrenado, instancias de dirección y coordinación, etc., que deben ser divulgados y conocidos por el personal de nivel operativo que lo usará en la atención de los usuarios/as beneficiarios de la red.

Sistema de referencia y contrarreferencia

El sistema de referencia y contrarreferencia es el motor de la red de servicios y es el mecanismo para que opere y garantice continuidad, integralidad y oportunidad en la resolución de necesidades y demandas de los usuarios.

El sistema de referencia y contrarreferencia permite el flujo de usuarios/as para:

- * Atención de mayor complejidad al interior de los SSSR.
- * Acceder a la asesoría en cualquier campo de la SSSR.
- * Realización de pruebas de laboratorio, cuando en la IPS no se cuente con ese recurso.
- * Seguimiento y control.
- * Acceder a servicios sociales, educativos, culturales, etc., que contribuyan a recuperar o mejorar la SSR.

Los principios fundamentales a desarrollar en los sistemas de referencia y contrarreferencia son la corresponsabilidad y el respeto, para comprender como abordar problemas comunes, el papel de la contrarreferencia como mecanismo para garantizar la continuidad en la atención, el conocimiento de las acciones realizadas con una persona y la racionalidad en la referencia, etc, como medios de utilización apropiada de los recursos existentes y no como forma de "deshacerse" de los casos no deseados.

Observe



reflexione  **y actúe:**

1. ¿En su institución se conocen y se cuenta con redes de apoyo para referencia de los casos que superen su capacidad de resolución?
2. ¿Con qué mecanismos cuenta para verificar el cumplimiento de los procesos de referencia y contra referencia de sus usuarios/as?
3. ¿Identifica con regularidad las dificultades para que los usuarios/as y proveedores estén o no satisfechos?
4. ¿Tiene previsto un plan de mejoramiento para que el proceso de referencia y contrarreferencia sea eficaz?

La gestión del talento humano va más allá de los clásicos procesos de seleccionar, vincular, capacitar y evaluar el desempeño de las personas responsables de una organización.

El concepto de gestión adquiere aquí un matiz especial, dado que se parte de la noción de que las instituciones no son otra cosa que organizaciones sociales, donde en consecuencia el ser humano es su esencia misma. En forma general, la provisión de un servicio cualquiera tiene las siguientes características:

- Se hace de manera directa y en el momento requerido, pues los servicios no se pueden fabricar y almacenar para cuando se necesiten.
- Requiere una gran participación de personas para su prestación.
- Tiene un gran componente subjetivo, pues depende de la forma como se relacionen el proveedor y el cliente.

Si a esto adicionamos, que en el campo de la SSR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la provisión de SSR deben tener unas características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades. Para lograr este propósito, se revisan a continuación dos aspectos fundamentales en la gestión del talento humano.

Definición de competencias del talento humano

Una competencia es el conjunto de conocimientos teóricos, habilidades, destrezas, actitudes y experiencia que son requeridos en el desempeño de una labor. En ese sentido, las competencias se deben establecer a partir de las características que los clientes de dicho servicio esperan y los requisitos de otras partes interesadas.

A manera de orientación y solo como una guía para que cada institución defina las competencias que deben tener las personas que presten los SSSR, se listan algunas de ellas²⁸:

- Comprendo la importancia de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos y realizo acciones para respetarlos y promoverlos.
- Reconozco y acepto la existencia de grupos con diversas características de etnia, edad, género, oficio, lugar, situación económica, etc.

²⁸ Algunas de estas competencias han sido tomadas o adaptadas del documento "Estándares Básicos de Competencias Ciudadanas" (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2004). Se recomienda su lectura para ampliar la información.

- Expreso rechazo ante toda forma de discriminación o exclusión social.
- Identifico prejuicios, estereotipos y emociones que me dificultan sentir empatía o prestar servicios a algunas personas o grupos y exploro caminos para superarlos.
- Comprendo que cada persona y su situación de salud es única y ligada a su contexto social, cultural, político, económico, etc.
- Reconozco que todos tenemos derechos a la privacidad e intimidad, soy respetuoso/a de ellas y exijo su respeto.
- Reconozco la necesidad de estar permanente actualizado y entrenado sobre los temas básicos en SSR, tales como asesoría, VIH/Sida, ITS, regulación de la fecundidad, neoplasias frecuentes que afectan los órganos sexuales y reproductivos, género y diversidad sexual y normatividad.
- Conozco y utilizo la asesoría como herramienta básica de prevención individual y detección de patologías relacionadas con la SSR.
- Conozco y utilizo estrategias didácticas durante la asesoría y las actividades de prevención en SSR.
- Conozco y respeto las reglas básicas del diálogo, como el uso de la palabra y el respeto por la palabra de la otra persona, como base fundamental de la asesoría.
- Identifico factores de riesgo y vulnerabilidad relacionados con el ejercicio de la SSR y ayudo a las personas a explorar formas de eliminarlos o reducirlos.
- Puedo hacer uso racional y adecuado de los recursos a mi disposición.
- Evalúo los resultados obtenidos en los procesos de atención y los uso para mejorar.
- Aprecio el trabajo en equipo y reconozco sus ventajas para la prevención de eventos adversos en SSR.
- Escucho y respeto, las razones de mis compañeros/as durante discusiones grupales, incluso cuando no estoy de acuerdo.

No se pretende que cada uno de los funcionarios/as de los SSSR reúna todas las competencias requeridas. Esa aspiración es utópica y desconoce la naturaleza del ser humano. Es preferible definir unas competencias básicas que sean comunes para todas las personas y a partir de allí considerar los tipos de cargos y desglosar cuales son esos conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y experiencia específicos, que le van a permitir a cualquier persona que asuma un cargo determinado, cumplir con la misión para la cual fue creado.

De igual manera, el talento humano de los SSSR se debe concebir como un EQUIPO interdisciplinario de personas que se complementan entre sí, a partir del reconocimiento de sus fortalezas y limitaciones, para que en conjunto logren las competencias requeridas para satisfacer las necesidades de las partes interesadas.

Las competencias deben entenderse como dependientes de las condiciones y necesidades a las cuales se busca dar respuesta, motivo por el cual deben cambiar o ajustarse, en la medida en que aquellas también se modifiquen.

Mantenimiento y mejora de competencias

Para garantizar el mantenimiento y la mejora de las competencias del talento humano, la institución puede adoptar diversas estrategias. Cada estrategia juega un papel en el logro de ese fin y se complementa con las otras. No las suple.

Las siguientes son ejemplos de maneras de lograrlo y deben aplicarse independiente de la forma de vinculación que se utilice:

- **Proceso de selección:** Su fin es garantizar que cualquier persona que se vincula a un SSSR, ya sea porque ingresa a la institución, es trasladada o promovida, cumpla con las competencias que se han definido para el cargo.

Su implementación se hace mediante la realización de pruebas que permitan evaluar cada competencia. Estas pruebas pueden ser revisión de hojas de vida, verificación de experiencia, entrevistas, exámenes escritos u orales, tests de habilidad y destreza, pruebas psicotécnicas, etc. Las pruebas escogidas deben ser acordes a la competencia a examinar, deben tener el mayor grado de objetividad posible y en lo posible ser ejecutadas por distintas personas.

- **Proceso de inducción:** Con él se busca que la persona adecuadamente seleccionada reciba la información y entrenamiento sobre los procesos que son propios de la institución y del cargo que va a asumir. La inducción se debe realizar no solo al personal que ingresa, sino al que cambia de cargo dentro de la institución, pues usualmente los procesos en los que va a intervenir no son los mismos en los que venía laborando.

- **Proceso de formación:** Su papel es el de mantener o mejorar la competencia de las personas, la cual se va haciendo obsoleta por los avances científicos, los cambios de la normatividad y de las políticas, los cambios en los procesos de la organización, etc. Así como las competencias son específicas para cada cargo, los procesos de formación deben ser formulados con base en las necesidades particulares de los funcionarios.

La formación incluye actividades de capacitación, entrenamiento, información, etc. que pueden ejecutarse a través de diferentes estrategias didácticas tales como talleres, foros, estudios de caso, tutorías, conferencias, teleconferencias,

etc. Es muy importante evaluar la eficacia de los procesos de formación, de manera que se pueda medir si mejoran o no la competencia de las personas. Estas evaluaciones son diferentes de los test que se efectúan inmediatamente termina una actividad, pues la eficacia se observa en la aplicación del conocimiento y esto usualmente solo se ve en la ejecución de las labores.

No hay que olvidar que la formación en el campo de la SSR y el VIH/Sida es una obligación legal en Colombia²⁹

Observe



reflexione y actúe:

1. ¿El talento humano de su institución está debidamente capacitado y desarrolla habilidades para prestar servicios de SSR incluyendo: identificación de vulnerabilidad y riesgos, asesoría y estrategias didácticas?
2. ¿Cuántos de quienes lo conforman poseen las habilidades y conocimientos necesarios y requeridos?
3. ¿Pueden ser multiplicadores de estas habilidades y conocimientos al interior de la institución?
4. ¿Están certificados para dar asesoría?
5. ¿Cada cuánto se actualizan en SSR, VIH, ITS, etc.?
6. ¿El personal que presta estos servicios está satisfecho?
7. ¿Al interior de la institución existe un plan de mejoramiento del recurso humano para garantizar calidad en la prestación de estos servicios?

Definición del modelo de atención y sus procesos

El modelo de atención es la estructura de procesos y las interacciones requeridas entre sí, para prestar los servicios de SSR. El modelo refleja la manera en que la organización ha concebido como satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas; es su "sello personal" y contiene el conjunto de características que la distinguen de otras organizaciones.

Para definir el modelo de atención, es fundamental la participación del personal al interior de la organización, pero también es muy útil la participación de clientes externos y otras partes interesadas, pues su mirada puede contribuir a visualizar aspectos no considerados por los responsables.

²⁹ Artículo 10, Decreto 1543 de 1997 del Ministerio de Salud

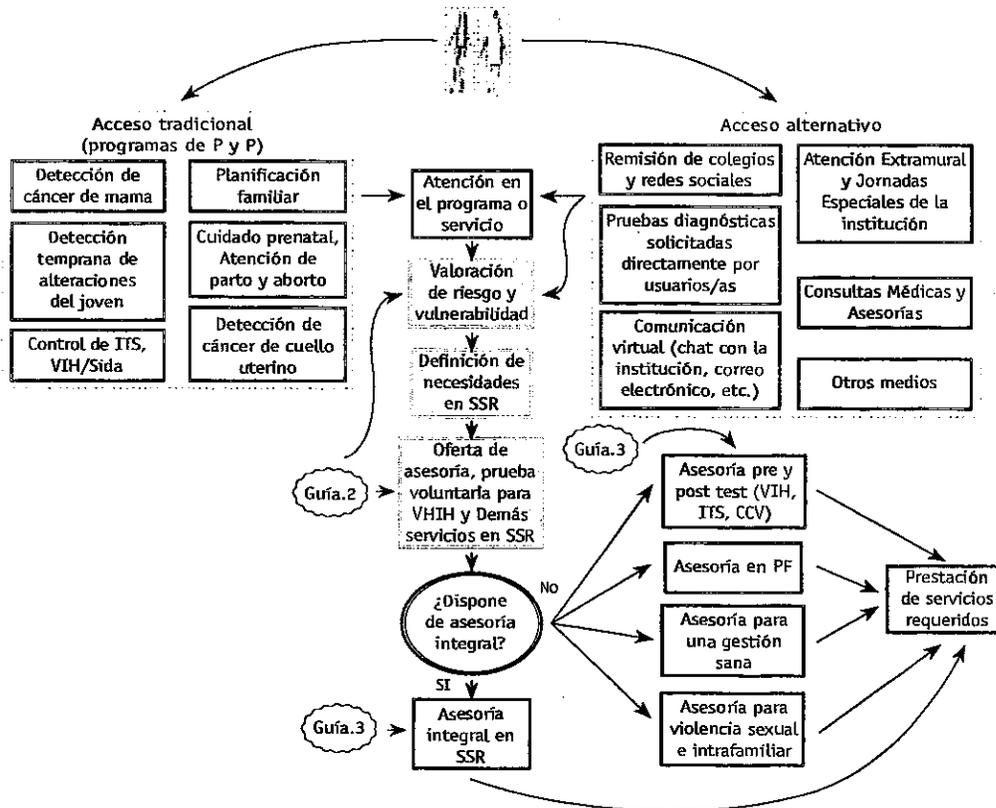
Un aspecto importante para que el modelo se enmarque dentro del concepto de gestión integral de servicios de SSR, es la posibilidad de aumentar el acceso a los mismos considerando mayores puertas de entrada. En los esquemas tradicionales, la única puerta de entrada es la consulta y no se consideran otras posibilidades. En la propuesta del Proyecto INTEGRA se considera fundamental garantizar el incremento en el acceso al servicio, pues solo de esa manera se puede materializar el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos aplicables y cumplir con el objetivo de brindar oportunamente información y educación para la prevención, realizar acciones de asesoría y detección temprana de infecciones, patologías u otros eventos derivados del ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

De todas maneras, el modelo escogido por cada organización deberá ser el adecuado a sus necesidades, teniendo en cuenta los requisitos a satisfacer y los recursos disponibles.

Propuesta de un modelo de atención

Un ejemplo de integración de los SSSR se presenta en la figura que sigue

Figura 4: Modelo de atención para la prestación de SSSR



La primera característica de éste modelo es que amplía las posibilidades de acceder a los SSSR, mediante dos esquemas que no son excluyentes entre sí, convirtiéndose en "puertas de entrada": a) a través de la demanda de los programas de SSR que están establecidos para los planes de beneficios de los regímenes subsidiado y contributivo del SGSSS (acceso tradicional), y b) mediante actividades asistenciales, extramurales, complementarias o acciones de acercamiento con la población (acceso alternativo).

La segunda característica es que plantea el "tamizaje" de todas las personas que utilizan cualquier puerta de entrada, mediante la valoración de riesgo y vulnerabilidad, cuyo propósito es establecer cuales son las fortalezas y debilidades que el individuo tiene frente al ejercicio de su sexualidad y reproducción, ampliando su panorama.

La tercera característica consiste en que a partir del "tamizaje de riesgo y vulnerabilidad" se le pueda ofrecer la Asesoría, como un espacio ideal para analizar los factores de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad detectadas, con el fin de definir en conjunto con él o ella, cuales son sus necesidades en SSR. La definición de necesidades se debe entender como un ejercicio en el que el profesional asesora al individuo suministrándole información, aclarando dudas y mitos e incentivando la reflexión, para que sea él quien de manera consciente concluya que situaciones desea cambiar, explorar o ampliar (necesidades).

Esto permitirá ayudarle a que defina un plan individual de reducción de riesgo y vulnerabilidad y ofrecerle los demás servicios con los que cuenta la institución y la red de servicios a la que ésta se encuentra articulada, para que pueda implementar dicho plan, es decir, para que satisfaga sus necesidades en SSR.

En el modelo, la Asesoría se plantea de dos maneras no excluyentes entre sí: a) la asesoría integral en SSR mediante la cual se abordan todas las necesidades del individuo, y b) la asesoría enfocada a problemas específicos en SSR, donde principalmente se abordan necesidades prioritarias en el momento.

El proyecto recomienda a las instituciones que en la medida en que sus competencias vayan creciendo, transiten hacia un modelo de asesoría integral, lo cual no impide que si es necesario, existan asesorías orientadas a problemas específicos, que funcionen como complementación a la anterior. Las ventajas de la asesoría integral se muestran en la figura 5.

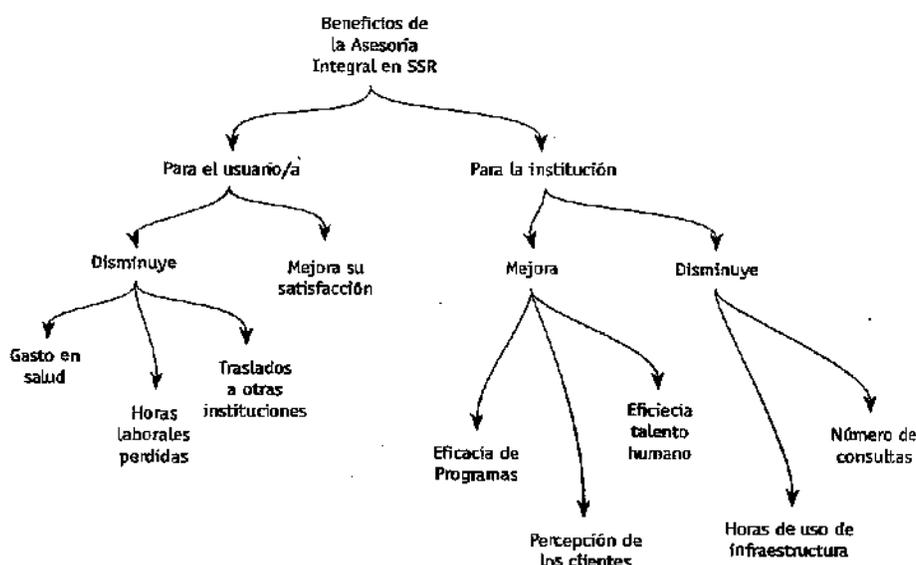
Es importante anotar que los procesos planteados en el esquema del modelo deben ser ajustados al contexto propio en que se desenvuelve cada institución y a las condiciones de sus usuarios/as. Por ejemplo, es posible que una persona no decida recibir una asesoría luego del tamizaje de riesgo y vulnerabilidad, ya sea por temores frente al proceso, situaciones emocionales, o simplemente por que no se sienta vulnerable o en riesgo frente al VIH o cualquiera de los otros eventos

adversos en SSR. En esos casos, tal vez sea preferible dejar la puerta abierta y reiterar la disposición de la institución para atenderlo en el futuro.

Igualmente, algunos individuos podrán requerir más de una sesión de asesoría para desarrollar un tema, o varias asesorías orientadas a distintos temas, para poder satisfacer sus necesidades.

Todas estas situaciones deberán ser tenidas en cuenta al momento de adoptar y adaptar el modelo en cada una de las instituciones de salud.

Figura 5.3 Beneficios de implementar la asesoría integral en SSR



Observe

reflexione  y actúe:

1. ¿En las asesorías actuales se tienen en cuenta aspectos como: las individualidades, el género, la cultura y las etnias, los aspectos sociales y familiares, las generaciones, la educación y la ocupación, los aspectos económicos?
2. ¿Qué barreras de acceso impiden una adecuada asesoría integral?
3. ¿Qué haría para lograr que los proveedores de SSSR en su institución realicen una adecuada asesoría integral?

Medición, análisis y mejora

Cualquier sistema de gestión como el aquí planteado tiene como propósito fundamental la mejora continua de su desempeño; por ello debe contar con un proceso para evaluar la congruencia entre los resultados obtenidos y los deseados, de forma que se puedan establecer los ajustes requeridos, cerrar las brechas detectadas y superar los logros ya alcanzados.

El insumo fundamental de este proceso lo constituyen los datos que hayan sido seleccionados para medir los logros, a partir de los cuales se tomarán las decisiones. Estos datos pueden ser cualitativos o cuantitativos y se pueden presentar de distintas maneras: datos crudos, gráficos, tablas, indicadores, etc. Por su importancia revisaremos algunos aspectos claves de los indicadores:

Indicadores

Los indicadores son una buena manera de medir los cambios logrados por el Sistema de Gestión Integral de SSSR.

Un indicador es la expresión cuantitativa o cualitativa del estado en que se encuentra una variable o conjunto de variables y generalmente mide aspectos considerados "de éxito" ó "críticos". Los indicadores más populares son los cuantitativos y ellos se expresan mediante números enteros, decimales, razones, proporciones, tasas, etc.

Comúnmente los indicadores reciben "apellidos", según la clasificación usada. Por ejemplo, se pueden clasificar según el campo del conocimiento en el que se utilicen; así los que utilizamos para saber el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad de una población se conocen como "epidemiológicos", o los que utilizamos para saber las condiciones económicas de un país, se llaman "económicos".

También se pueden categorizar según su aplicación en las distintas etapas de un sistema. Así hablamos de indicadores de "estructura", cuando se miden variables relacionadas con el soporte del sistema; de "proceso" cuando miden la forma en que se realizan las acciones; y de "resultado" cuando miden los productos o el impacto conseguido por el sistema.

En la actualidad es común encontrar que todos los indicadores son llamados de forma genérica "indicadores de gestión", debido a que se asume el concepto de "gestión" en sus significados comunes (ver pág. 26). No obstante, cuando aplicamos el concepto de gestión ligado a la capacidad de innovación, su medición adquiere una connotación distinta y muy específica, por lo que cualquier indicador no podría ser llamado "de gestión".

Dentro de nuestro sistema de gestión de SSSR, el primer paso para definir un indicador es saber lo que se necesita medir, lo cual se responde revisando los factores críticos de éxito establecidos por la organización para cada nivel de responsabilidad (ver pág. 34). Estos factores especifican los resultados que se quieren obtener y por lo tanto las variables a vigilar.

A partir de allí, se debe construir la mejor manera de medir el factor, lo que significa construir el indicador con unas características específicas: El indicador debe ser lo suficientemente sensible como para informar cuando suceda o deje de ocurrir el hecho vigilado. Además de eso, el indicador debe ser oportuno (cada cuanto se requiere el dato), sencillo, claro y confiable, es decir, debe ser comprendido por todos los usuarios del mismo y debe proveer la información esperada con exactitud.

Un ejemplo de un indicador que cumple con estas características es del combustible en un vehículo automotor. Este debe dar aviso en todo momento sobre la cantidad de combustible y eso se logra mediante la aguja en el tablero (cuantitativo), pero también debe indicar cuando solo quede el combustible de reserva, lo que se hace mediante el encendido de un bombillo o señal luminosa (cualitativo).

Como se observa, el indicador de combustible es sensible porque responde inmediatamente a las variaciones en la cantidad, es sencillo porque utiliza un lenguaje de fácil comprensión, es oportuno porque informa la cantidad de combustible en el momento requerido, es claro porque utiliza símbolos identificables para cualquier persona (la aguja cambia de posición y el color amarillo del bombillo indica precaución) y es confiable, porque informa con buena exactitud la cantidad de combustible en el tanque y en el momento en que es escaso, pero suficiente para llegar hasta una estación de servicio.

No hay que olvidar que un indicador es solo un aviso de que algo considerado importante sucedió o no sucedió; no se pueden pretender que el mismo explique las razones del hecho, lo cual requiere recabar más información y analizarla. En el mismo ejemplo, el indicador de combustible dice cual es la cantidad restante, pero no puede decir como se gastó. Para saberlo el conductor deberá analizar su forma de conducir, el tráfico presente, si el terreno es plano o pendiente, e incluso revisar si hay fugas de combustible.

Ejemplos de un esquema para describir tanto un indicador cuantitativo (demanda de asesorías) como uno cualitativo (oferta de asesorías para VIH en SSSR) se muestran en las tablas 1 y 2.

Tabla 1. Nombre del indicador: demanda de asesorías

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACION | ESTANDAR | RESPONS MEDICION |
|---|---|--|---|------------|------------------|
| Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR | (Número de personas asesoradas / número total de personas que consultan a los SSSR) x 100 | Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: RIPS o registros de cada servicio. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR | Mínimo 50% | IPS |

Tabla 2. Nombre del indicador: oferta de asesorías para VIH en SSSR

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DEL DATO | RESPONS MEDICION |
|--|--|---|------------------|
| Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR | Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH? | La persona responsable en la IPS evaluará si existe la oferta en todos los servicios, o si por el contrario solo existe un servicio al cual se remiten las personas para que reciban la asesoría pre y post para VIH. | IPS |

En los anexos de esta guía puede consultar un listado de los indicadores definidos para factores críticos de éxito del proyecto INTEGRÁ. Igualmente puede consultar los indicadores de la normatividad vigente para los SSSR incluidos en los planes de beneficios del SGSSS.³⁰

³⁰ Véanse los anexos de las resoluciones 412/2000 y 3442/2006 en la página Web del Ministerio de la Protección Social de Colombia www.minproteccionsocial.gov.co

CONSTRUYENDO UN MODELO DE ATENCIÓN

A partir de los conceptos planteados hasta el momento y habiendo ya establecido la importancia de contar con un modelo de atención que haga parte de un Sistema de Gestión Integral de SSSR, revisaremos una propuesta para construir en cada institución un modelo que se ajuste a los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas del sistema.

La construcción del modelo tendrá como eje fundamental el ciclo P.H.V.A.³¹ y durante el mismo se deben responder satisfactoriamente las siguientes preguntas básicas:

1. **Planear:** ¿Qué fue lo que se planificó y con que objetivos?
2. **Hacer:** ¿Qué resultados se obtuvieron en la ejecución de lo planificado?
3. **Verificar:** ¿Los resultados obtenidos cumplen satisfactoriamente con lo planificado y los objetivos?
4. **Actuar:** ¿Cuáles son las razones de las desviaciones detectadas y qué acciones pueden aplicarse para lograr o mejorar los resultados?

Para ello se considerarán tres procesos básicos: a) Autoevaluación, b) Revisión y análisis y c) Toma de decisiones y seguimiento.

Autoevaluación

La autoevaluación es una apreciación cuidadosa que hace la organización de su sistema de gestión y de su modelo de atención, para emitir una opinión o juicio respecto a la eficacia y eficiencia del mismo en lograr la satisfacción de los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas.

La autoevaluación se debe realizar a partir de los datos e información existente, de su comparación con los propósitos y estándares a alcanzar y del análisis de la misma para poder emitir la opinión sobre su estado actual. El proceso de autoevaluación no reemplaza a los procesos de auditoría interna o externas, sino que es complementario a ellos. En éste modelo, la autoevaluación responde a las

³¹ Para mayor información puede consultarse bibliografía sobre el Ciclo de la Calidad o Ciclo de Deming.

preguntas del Planear y Hacer, mencionadas anteriormente. Veamos a continuación sus principales pasos.

Recolección de información

La organización debe organizar un grupo evaluador (máximo 3 personas) con miembros de distintos cargos que conozcan la organización a cabalidad y se reconozcan por su objetividad.

Mediante técnicas de entrevistas, revisión de información, visitas a las distintas áreas de la institución, el grupo recopilará la información necesaria para responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los propósitos generales de la organización y los aplicables a los SSSR, de acuerdo con su visión, misión y objetivos estratégicos (de largo plazo)?
- ¿Cuáles son los factores críticos de éxito definidos para saber que se está logrando la visión y los objetivos estratégicos?
- ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de las partes interesadas en los SSSR (ver información correspondiente a usuarios/as, trabajadores, socios, directivos, proveedores, políticas públicas nacionales e internacionales, políticas de la organización, normas vigentes, etc.)?
- ¿Qué coherencia hay entre los propósitos de la organización definidos a través de la visión, misión y objetivos estratégicos, y las necesidades y expectativas de las partes interesadas?
- ¿Cómo son los procesos que ha diseñado la organización para cumplir con sus propósitos (ver los procesos de direccionamiento, apoyo, evaluación y el modelo de atención)?
- ¿Cómo se planificaron esos procesos en cuanto a recursos e insumos requeridos, características y competencias del talento humano para implementarlos, responsables, comunicación, etc.?
- ¿Cómo se controlan esos procesos (que se evalúa, como se evalúa, como se utilizan los datos de evaluación)?
- ¿Qué resultados se han obtenido a la fecha y en que medida han contribuido a lograr la visión, misión y objetivos estratégicos?
- ¿Qué acciones se han implementado a la fecha para corregir las desviaciones detectadas, o mejorar los logros obtenidos?
- ¿Han sido eficaces las acciones implementadas para corregir las desviaciones detectadas y mejorar los logros obtenidos?

Adicionalmente, se debe hacer una medición de los indicadores vigentes del proyecto INTEGRA, y de los indicadores que la institución ha definido para medir

los factores críticos de éxito, procediendo a registrarlos en el formato respectivo (en los anexos de esta guía se incluyen los indicadores del proyecto que se encuentra vigentes al momento de la publicación; sin embargo se recomienda consultar con la Coordinación del mismo para saber si existen modificaciones posteriores).

La medición de los indicadores servirá para establecer una línea de base que permita hacer comparaciones con mediciones posteriores, y saber los avances que la institución logre con la toma de decisiones de que trata este capítulo.

Balance de la información

En este paso, los evaluadores deben responder la pregunta planteada para el componente de "verificar", revisando la información y procediendo a emitir una opinión objetiva para presentarla a la alta dirección de la organización y a las directivas de los SSSR.

En las conclusiones del informe, los evaluadores deberán señalar con claridad en cuales de los aspectos revisados mediante las preguntas no se cumple o no están conforme con lo planificado y con los resultados deseados.

Se recomienda realizar un informe conciso, corto y libre de detalles que no sean relevantes. Se deben evitar señalamientos o personalizar situaciones, pues con ellas solo se logra distraer la atención de los procesos y llevar a suponer que los problemas son de un individuo específico, perdiéndose la oportunidad de mirar todo el contexto de la organización.

Revisión y análisis

A partir del informe presentado, la alta dirección y directivas de los SSSR deben constituir un grupo de trabajo (se recomiendan máximo 5 personas) que represente a todas las partes interesadas en el mejoramiento de los SSSR, incluyéndolos a ellos mismos.

Este grupo se encargará de liderar el proceso de revisión y análisis cuyo propósito es esclarecer cuales son las causas de las desviaciones encontradas, para lo cual requerirán profundizar en cada aspecto e incluso recopilar información adicional a la presentada por los evaluadores.

Esta labor será más eficiente y confiable si se utilizan las llamadas Herramientas de Calidad para valorar las posibles causas y su efecto sobre los aspectos analizados. Entre las herramientas se encuentran los Diagramas Causa Efecto, Gráficos de Pareto, Tormenta de Ideas, Matrices, etc, que se pueden consultar en textos especializados.

Se recomienda no abordar todos los problemas a la vez, sino clasificarlos en orden de importancia y empezar con uno o dos de ellos, que serán trabajados hasta su solución definitiva. Los demás se irán abordando de acuerdo con un cro-

nograma razonable. El propósito es concentrar los esfuerzos, mejorar la eficiencia, mostrar resultados eficaces y con ello crear un ambiente propicio y ganar credibilidad, para que otras personas imiten las acciones. De esa forma se construye una cultura de calidad.

El producto del trabajo realizado en este paso es un informe donde se describe el problema analizado, las causas por las cuales se produce el problema y la clasificación de las mismas de acuerdo con la importancia que tiene cada una de ellas en la aparición del problema (de la más importante a la menos).

Toma de decisiones y seguimiento

Con base en el trabajo realizado por el grupo de Revisión y Análisis, la alta dirección y directivas de los SSSR, deberán plantear las alternativas de solución, que no son otra cosa que las acciones que permitan eliminar las causas del problema.

De nuevo, la idea es concentrar los esfuerzos en las causas más relevantes, pues así se aumenta la eficiencia del proceso y se asegura el impacto de las decisiones.

Para plantear y seleccionar las alternativas, también se pueden utilizar las mismas Herramientas de Calidad mencionadas anteriormente. Cuando se seleccione la alternativa o alternativas que permitan eliminar las principales causas del problema, se debe formular por lo menos un indicador que permita evaluar si al implementar la alternativa, se obtiene el resultado esperado

El producto de éste paso es un plan de acción donde se detallen la alternativa(s) escogida(s) (la que cause el mayor impacto), los responsables de ejecutarla(s), el cronograma, el indicador de eficacia con sus fuentes de información y las actividades, el costo de las actividades, y una descripción de los beneficios que se obtendrán (para los usuarios/as, los economicos, sociales, políticos, de imagen, etc.).

Probando la alternativa

Cuando la alternativa escogida implique cambios que puedan afectar sustancialmente a alguna de las partes interesadas, es preferible realizar una prueba piloto, de manera que se pueda conocer en un periodo corto de tiempo, si en el terreno las cosas funcionan como se planificaron.

Las pruebas pilotos permiten no solo medir las posibilidades de éxito, sino también hacer ajustes antes de generalizar una decisión.

Ajustes posteriores a la decisión

Una vez implementada la alternativa escogida, se debe hacer un seguimiento a los resultados durante el tiempo necesario para evaluar la eficacia de la misma y los logros.

Así, aunque se haya realizado una prueba piloto, se pueden realizar ajustes que permitan mejorar la eficacia de la decisión, o tener en cuenta variaciones en el entorno.

Este seguimiento será permanente y para el se podrán utilizar no solo los indicadores descritos en el plan de acción, si no la información cualitativa y cuantitativa que sea pertinente.

- Donabedian, A (2001). "Calidad de la atención médica". En: *Hospital y empresa* de Julio E. Toro. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.
- ICONTEC (2000). *Norma técnica colombiana NTC-ISO 9000*. Bogotá.
- ICONTEC (2000). *Norma técnica colombiana NTC-ISO 9004*. Bogotá.
- Khadem, R (2002). *Alineación total*. Bogotá. Editorial Norma.
- Malagón, J (1999). *Garantía de calidad*. Editorial Panamericana. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2002). *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y Fedesalud (2006). *Guías para el manejo del VIH/Sida basadas en la evidencia*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2006). "Decreto 1011 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS". Bogotá.
- Ministerio de Salud (2000). "Resolución No. 412. Normas técnicas y guías de atención en salud y por la cual se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento según el Acuerdo No. 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004). "Circular externa No. 00018. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2004). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social (2007). "Decreto No. 1547". Disponible en: <http://www.minproteccion.social.gov.co/>
- Ministerio de la Protección Social (2006). "Resolución No. 1043 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud par habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención". Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social y Fedesalud (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/Sida*. Bogotá.

- Romero (2002). *Memorias del XXIII Congreso Colombiano de Ginecología y Obstetricia*. Cartagena.
- Souza J. "HIV infection during pregnancy: the Sentinel Surveillance Project Brazil 2002". *Rev. Saude Publica*. 2004; 38(6):764-72.
- Watts DH. "Management of human immunodeficiency virus infection in pregnancy". *N. Engl J. Med*. 2002; 346(24):1879-91.

Indicadores cualitativos para IPS

Oferta de asesoría para VIH en SSSR

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DEL DATO | RESPONS. MEDICIÓN |
|--|--|---|-------------------|
| Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR | Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH? | La persona responsable en la IPS evaluará si existe la oferta en todos los servicios, o si por el contrario solo existe un servicio al cual se remiten las personas para que reciban la asesoría pre y post para VIH. | IPS |

Oferta de asesoría integral en SSR

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DEL DATO | RESPONS. MEDICIÓN |
|--|---|---|-------------------|
| Evalúa la decisión de la IPS de implementar un modelo de asesoría integral en los SSSR | Se responde con SI ó NO la siguiente pregunta: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría enfocada a satisfacer todas las necesidades en SSR del usuario/a? | La persona responsable en la IPS evaluará si en los servicios de SSR se ofrece una asesoría que permita abordar todas las necesidades en SSR de la persona atendida, o si por el contrario no se ofrece asesoría o únicamente es enfocada al servicio específico. | IPS |

Indicadores cuantitativos para IPS

Demanda de asesorías

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTÁNDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|---|--|--|---|------------|------------------|
| Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR | $(\text{Número de personas asesoradas} / \text{número total de personas que consultan a los SSSR}) \times 100$ | Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: RIPS o registros de cada servicio. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR | Mínimo 50% | IPS |

Falta de asesoría

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTÁNDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|---|---|--|---|------------|------------------|
| Verifica la proporción de personas que NO reciben asesoría al realizarse pruebas diagnósticas para eventos en SSR | $(\text{Número de personas que NO reciben ningún tipo de asesoría} / \text{número de personas que se realizar una prueba diagnóstica presuntiva}) \times 100$ | Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: Registros del laboratorio clínico. | El indicador se puede calcular en los siguientes casos: ELISA para VIH, citología vaginal, serología para Sífilis | Máximo 10% | IPS |

Demanda de pruebas voluntarias para VIH

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTÁNDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|---|--|---|---|------------|------------------|
| Evalúa el comportamiento de la demanda de pruebas para el VIH por parte de las personas que acuden a los SSSR | $(\text{Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH} / \text{número de personas asesoradas en los SSSR}) \times 100$ | Numerador: RIPS, registros de cada servicio o del laboratorio clínico. Denominador: RIPS o registros de cada servicio. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR | Mínimo 30% | IPS |

Pruebas reclamadas

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS. MEDICIÓN |
|---|---|--|---|------------|-------------------|
| Es la proporción de pruebas presuntivas cuyo resultado es conocido por el usuario | $(\text{Número de usuarios que reclaman el resultado} / \text{número de usuarios examinados serológicamente}) \times 100$ | Numerador: Registros del laboratorio clínico. Denominador: Registros del laboratorio clínico. | El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS | Mínimo 90% | IPS |

Tasa de demanda de pruebas de VIH

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS. MEDICIÓN |
|--|--|--|---|-----------|-------------------|
| Es la posibilidad que tiene un usuario o usuaria de los SSSR de solicitar una prueba par VIH | $(\text{Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH} / \text{número total de personas que consultan a los SSSR}) \times 100$ | Numerador: Registros del laboratorio clínico. Denominador: Registros del laboratorio clínico. | El indicador también se puede calcular para citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS, ajustando el denominador a la población respectiva | Mínimo 5% | IPS |

Satisfacción de usuarios

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS. MEDICIÓN |
|---|---|---|---|------------|-------------------|
| Es el nivel alcanzado en la satisfacción de los usuarios y usuarias que asisten a los SSSR, durante la ejecución del proyecto | $(\text{Número de usuarios y usuarias que califican con 4 o más el SSSR}^{32} / \text{número total de encuestados y encuestadas}) \times 100$ | Numerador: Encuestas de satisfacción realizadas. Denominador: Registro de las encuestas aplicadas. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR | Mínimo 90% | IPS |

³² Para el cálculo de este indicador revise el punto J. "EVALUACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO", de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios de SSR, que se encuentra disponible en la coordinación del proyecto.

Oferta de asesores

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|--|--|--|------------------------|------------|------------------|
| Es la capacidad del talento humano de la institución para realizar asesorías en los SSSR | (Número de profesionales capacitados para brindar asesorías / número total de profesionales que laboran en los SSSR) x 100 | Numerador: Registros del área responsable del talento humano. Denominador: Registros del área responsable del talento humano. | Ninguno | Mínimo 60% | IPS |

Eficiencia del talento humano

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|--|--|--|------------------------|---------------------------------|------------------|
| Es la capacidad de la institución para realizar asesorías con el talento humano disponible en los SSSR | Número de asesorías realizadas en el periodo / número total de horas profesional disponibles para asesoría en los SSSR | Numerador: RIPS o registros de cada servicio. Denominador: Registros del área responsable de la programación del talento humano. | Ninguno | 2 asesorías por hora disponible | IPS |

Costo/Eficacia del tamizaje

| DEFINICIÓN | FORMULA DEL INDICADOR | FUENTE DE LOS DATOS | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | RESPONS MEDICIÓN |
|---|--|---|---|----------|------------------|
| Es la capacidad de la institución para lograr que las pruebas de detección de las patologías relacionadas con la SSR cumplan su propósito | Costo total de las pruebas realizadas en el periodo / número total de pruebas reclamadas | Numerador: Cálculo del costo de producción de cada prueba, o valor que se paga por su realización. Denominador: Registros del laboratorio clínico. | El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y las pruebas presuntivas de otras ITS | NA | IPS |

Formulario de reporte de indicadores de IPS

| NOMBRE | DEFINICIÓN | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTANDAR | FORMULA DEL INDICADOR | DATOS | RESULTADO |
|-------------------------------------|---|---|------------|---|-------|-----------|
| OFERTA DE ASESORÍA PARA VIH EN SSSR | Evalúa la decisión de la IPS de implementar un ofrecer asesoría para VIH en todos los SSSR | Ninguno | N.A. | Responda con SI ó NO la siguiente pregunta en la casilla de DATOS: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría para la prueba de VIH? | | |
| OFERTA DE ASESORÍA INTEGRAL EN SSR | Evalúa la decisión de la IPS de implementar un modelo de asesoría integral en los SSSR | Ninguno | N.A. | Responda con SI ó NO la siguiente pregunta en la casilla de DATOS: ¿En todos los servicios de SSR, se ofrece asesoría enfocada a satisfacer todas las necesidades en SSR del usuario/a? | | |
| DEMANDA DE ASESORÍAS | Evalúa el comportamiento de la demanda de asesorías por parte de las personas que acuden a los SSSR | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR | Mínimo 50% | Numerador: Número de personas asesoradas. | | |
| | | | | Denominador: Número total de personas que consultan a los SSSR. | | |
| FALTA DE ASESORÍAS | Verifica la proporción de personas que NO reciben asesoría al realizarse pruebas diagnósticas para eventos en SSR | El indicador se puede calcular en los siguientes casos: ELISA para VIH, citología vaginal, serología para Sífilis | Máximo 10% | Numerador: Número de personas que NO reciben asesoría antes de la prueba. | | |
| | | | | Denominador: Número de personas que se realizan una prueba diagnóstica presuntiva. | | |

Continuación: Formato de reporte de indicadores de IPS

| NOMBRE | DEFINICIÓN | UNIDAD DE DESAGREGACIÓN | ESTÁNDAR | FORMULA DEL INDICADOR | DATOS | RESULTADO |
|---|--|--|------------|--|-------|-----------|
| DEMANDA DE PRUEBAS VOLUNTARIAS PARA VIH | Evalúa el comportamiento de la demanda de pruebas para el VIH por parte de las personas que acuden a los SSSR. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR. | Mínimo 30% | Numerador: Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH. | | |
| | | | | Denominador: Número de personas asesoradas en los SSSR. | | |
| PRUEBAS RECLAMADAS | Es la proporción de pruebas presuntivas cuyo resultado es conocido por el usuario. | El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS. | Mínimo 90% | Numerador: Número de usuarios que reclaman el resultado. | | |
| | | | | Denominador: Número de usuarios examinados serológicamente. | | |
| TASA DE DEMANDA DE PRUEBAS DE VIH | Es la posibilidad que tiene un usuario o usuaria de los SSSR de solicitar una prueba por VIH. | El indicador también se puede calcular para citologías y pruebas presuntivas de otras ITS que se ofrezcan en la IPS, ajustando el denominador a la población respectiva. | Mínimo 5% | Numerador: Número de personas que se realizan una prueba de ELISA para VIH. | | |
| | | | | Denominador: Número total de personas que consultan a los servicios de SSR. | | |
| SATISFACCIÓN DE USUARIOS | Es el nivel alcanzado en la satisfacción de los usuarios y usuarias que asisten a los SSSR, durante la ejecución del proyecto. | El indicador se puede calcular para toda la IPS y para cada uno de los servicios de SSR. | Mínimo 90% | Numerador: Número de usuarios y usuarias que califican con 4 o más el servicio de SSR. | | |
| | | | | Denominador: Número total de encuestados y encuestadas. | | |

| NOMBRE | DEFINICIÓN | NIVEL DE DESAGREGACIÓN | ESTÁNDAR | FORMULA DEL INDICADOR | DATOS | RESULTADO |
|-------------------------------|---|---|---------------------------------|--|-------|-----------|
| OFERTA DE ASESORES | Es la capacidad del talento humano de la institución para realizar asesorías en los SSSR | Ninguno | Mínimo 60% | Numerador: Número de profesionales capacitados para brindar asesorías. | | |
| | | | | Denominador: Número total de profesionales que laboran en los SSSR. | | |
| EFICIENCIA DEL TALENTO HUMANO | Es la capacidad de la institución para realizar asesorías con el talento humano disponible en los SSSR | Ninguno | 2 asesorías por hora disponible | Numerador: Número de asesorías realizadas en el período. | | |
| | | | | Denominador: Número total de horas-profesional disponibles para asesoría en los SSSR. | | |
| COSTO / EFICACIA DEL TAMIZAJE | Es la capacidad de la institución para lograr que las pruebas de detección de las patologías relacionadas con la SSR cumplan su propósito | El indicador se puede calcular para las pruebas de VIH, citologías y las pruebas presuntivas de otras ITS | N.A | Numerador: Cálculo del costo de producción de cada prueba, o valor que se paga por su realización. | | |
| | | | | Denominador: Número total de pruebas reclamadas | | |
| INDICADOR DE LA INSTITUCIÓN | Anote en casillas subsiguientes los indicadores que la institución haya definido para el proyecto | | | Numerador: | | |
| | | | | Denominador: | | |

Programa aplicable a SSSA

| TEMA | NORMA | PRINCIPALES CONTENIDOS |
|----------------------------|---|--|
| Derechos de los ciudadanos | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 2 | El estado debe garantizar los derechos y deberes del ciudadano. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 11 | Los Derechos Sexuales y Reproductivos son derechos humanos fundamentales, toda vez que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción, así como la atención de los estados patológicos y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 13 | Derecho a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 12, 15 y 16 | Derecho a la integridad personal. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 15 | Derecho a la intimidad. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 16 | Derecho al libre desarrollo de la personalidad. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 21 | Derecho a la honra y al buen nombre. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 13, 44, 45, 50 y 67 | Protección integral de la niñez en su doble dimensión: garantía de los derechos de los niños y protección en condiciones especialmente difíciles. |
| | Constitución Política de Colombia, 1991, Artículos 48 y 49 | Derecho a la salud y a la seguridad social. |
| Derechos de los pacientes | Resolución 13437 de 1991 | Adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes aprobado por la Asociación Médica Mundial en Lisboa, 1981. |

Continua

| TEMA | NORMA | PRINCIPALES CONTENIDOS |
|---------------------------------|---|---|
| Calidad en la atención de salud | Decreto 1811 de 2006 | Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención de Salud (SOGCS) |
| | Resolución 1043 de 2006 | Se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Define los estándares básicos de estructura y procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan. Comprenden: <ul style="list-style-type: none"> • Recurso Humano • Infraestructura - Instalaciones Físicas • Mantenimiento; Dotación-mantenimiento • Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión • Procesos Prioritarios Asistenciales; • Historia Clínica y Registros Asistenciales • Interdependencia de Servicios • Referencia de Pacientes y • Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. |
| | Resolución 1446 de 2006 | Define el Sistema de Información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria dentro del SOGCS |
| | Circular Externa 030 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud | Imparte instrucciones para el reporte de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. |
| | Resolución 1445 de 2006 | Se adoptan los manuales de estándares del sistema Único de Acreditación en Salud. |

Continua

| TEMA | NORMA | PRINCIPALES CONTENIDOS |
|--|-----------------------------------|--|
| Beneficios del Plan Obligatorio de Salud en Colombia y Acciones en salud relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva | Resolución 5261 de 1994 | Establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo. |
| | Acuerdo 306 de 2005 | Define el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado |
| | Acuerdo 228 de 2002 | Manual de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud |
| | Acuerdo 254 de 2003 y 259 de 2004 | Incorpora la carga viral al POS del Régimen Contributivo |
| | Acuerdo 282 de 2004 | Inclusión de medicamentos para el manejo de VIH/sida: Abacavir 300 mg tableta, Abacavir 20 mg/mL solución oral, Efavirenz 50 mg cápsula, Efavirenz 200 mg cápsula, Lopinavir + Ritonavir 133.3 mg+ 33.3 mg cápsulas, Lopinavir + Ritonavir 400 mg+ 100 mg/ 5 mL Jarabe. |
| | Acuerdo 336 de 2006 | Actualización parcial del manual de medicamentos incluyendo: Saquinavir 200 mg cápsula, Saquinavir 500 mg tableta, Fosamprenavir 700 mg tableta, Atazanavir 150 mg cápsula, Atazanavir 200 mg cápsula, Efavirenz 600 mg tableta y Didanosina 400 mg cápsula e inclusión de la Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, y la Prueba de Genotipificación para el VIH a partir de Enero de 2007. |
| | Resolución 412 de 2000 | Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. |
| | Ley 972 del 2005 | Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. |
| Manejo de la infección por VIH/Sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual | Resolución 3442 de 2006 | Adopta las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. |
| | Decreto 1543 de 1997 | Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Regula aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento, derechos de las PVVS, consentimiento informado, confidencialidad, formación de los profesionales que atienden los servicios de salud y establece las sanciones para los incumplimientos. |

GUÍA 2

**IDENTIFICACIÓN DE VULNERABILIDAD
Y RIESGO EN LOS SERVICIOS DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



situación de salud en las américas

Indicadores Básicos

6 8 0
 2 22 5 6
 4635965 575 4 92
 67573782819 305 8 6 142
 57481920394856 79605020 2934
 0460 5724657457347 5
 4576024784517 475 2
 38462525436734 376472
 872945624912450 78367838
 881934745647 28189 44
 0203967473891 846371
 64176208457601275620
 450764872417564576
 4754219045845645
 56474012475465
 8 24875 2
 0480 1
 6406 502
 784786 40
 1917 4
 58 8
 2022858059
 35224133645
 523338236681
 01014504508545
 840108494594237830
 839487574823900329
 0504939486757372
 465374858678349
 5574318128384
 256567568656
 8897908957
 415071450
 54982001
 7612985
 702404
 88473
 320
 7850
 56
 72

2007



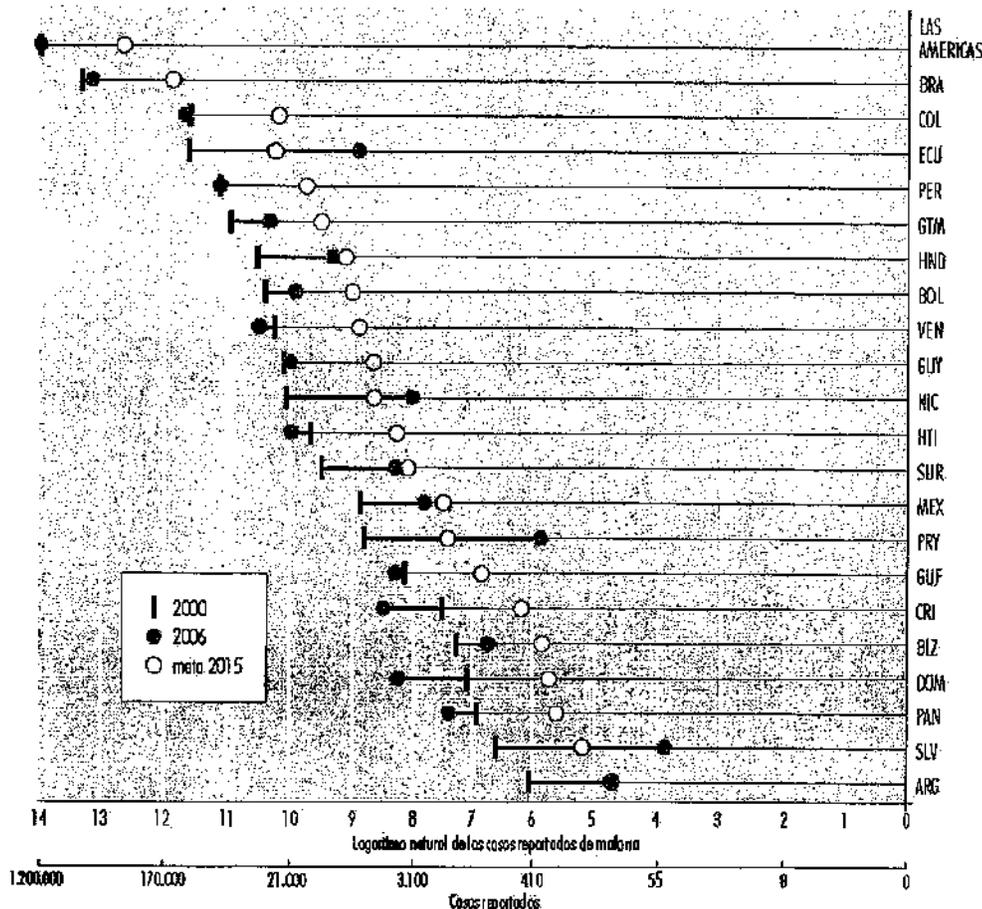
**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Oficina del Subdirector
Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades
Análisis de Salud y Estadísticas

Objetivos de Desarrollo del Milenio - Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades
 Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Casos reportados de malaria en 2000, 2006 y meta propuesta para el 2015



La meta regional de las Américas para 2015 es "haber reducido para el año 2015, la carga de la malaria por 75%". En algunos países se ha alcanzado o sobrepasado la meta propuesta para 2015 (ARG, BOL, SLV, NIC y PRY).

Mortalidad relacionada con malaria: un total de 348 defunciones relacionadas con malaria fueron notificadas en las Américas por los Estados Miembros en el 2000, disminuyendo a 109 defunciones en 2005. Esto refleja una reducción de 69% de las defunciones por malaria durante los seis últimos años. Durante el mismo período la tasa de letalidad debido a Plasmodium falciparum fue reducida de 13/100000 hab. a 4/10000 hab.

Trabaja en la prevención y control de la malaria. El Programa Global de la Eradicación de la Malaria (mayo 1955); La Estrategia Global de Control de la Malaria (octubre 1992); la iniciativa de "Hacer Retroceder la Malaria" (HRM) (agosto 1998) - "Reducir la carga de malaria de 50% para el año 2010 y 75% para el año 2015 en los países participantes a través de intervenciones adaptadas a las necesidades locales y fortalecimiento del sector de la salud". La Región de las Américas oficialmente adoptó la iniciativa de "Hacer Retroceder la Malaria" en el año 2000. El Objetivo de Desarrollo del Milenio (septiembre 2000) - "Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves", derivado por la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud AAS59.2, con un 25% adicional de "Hacer Retroceder la Malaria", por lo tanto, el objetivo para 2015 es la reducción de 75% de la carga de la malaria.

Nota: Dado que los casos de malaria tienen gran variación en magnitud, se utilizó el logaritmo natural (ln) para poder visualizar y comparar la información más fácilmente. El ln es el logaritmo de base e, donde e es igual a 2,7182. Por ejemplo, para obtener los casos de Brasil, aplica el antilogaritmo de 13,3 obteniendo 613,241 casos.

Adaptado de la fuente: Programas Nacionales de Malaria, 2007. Compilación de datos OPS/OMS. Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de las Enfermedades/Enfermedades Transmisibles. Diseño y preparación del gráfico: Unidad de Análisis de Salud y Estadísticas con la colaboración de la Unidad de Enfermedades Transmisibles.

Códigos de país según ISO 3166-1: Aruba (ABW), Argentina (ARG), Bahamas (BHS), Barbados (BRB), Bolivia (BOL), Brasil (BRA), Canadá (CAN), Chile (CHL), Colombia (COL), Costa Rica (CRI), Cuba (CUB), Esas Galápagos (CYM), Dominica (DMA), República Dominicana (DOM), Ecuador (ECU), Guadalupe (GLP), Granada (GRD), Guayana Francesa (GUF), Guyana (GUY), Haití (HTI), Jamaica (JAM), Saint Kitts y Nevis (KNA), Santa Lucía (LCA), México (MEX), Montserrat (MSR), Nicaragua (NIC), Panamá (PAN), Perú (PER), Puerto Rico (PRI), Paraguay (PRY), El Salvador (SLV), San Vicente y las Granadinas (VGB) y las Islas Vírgenes (VIR).
 Islas Vírgenes EUA (VIR).

indicadores de recursos, acceso y cobertura

| | recursos humanos por 10.000 hab. | | | | cambios hospitalarios por 1.000 hab. | | gasto nacional en salud como % del PIB | | atención de salud por personal capacitado % | | | % cobertura de inmunización en menores de 1 año | | | | uso de anticoncepción (métodos) (%) 2000-06, var |
|---------------------------|----------------------------------|------|-----------------|------|--------------------------------------|-----|--|-------|---|-----|-------------------------|---|-----|-------|--|--|
| | médicos 2005 | | enfermeros 2005 | | estadistas 2005 | | gasto público 2004 | | gasto privado 2004 | | previa al parto del año | | | 1 año | | |
| | 46 | 47 | 48 | 49 | 50a | 50b | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | | | |
| Las Américas | ... | ... | ... | 2,4 | ... | ... | 91,2 | 91,3 | ... | 94 | 95 | 95 | 94 | ... | | |
| Bermudas | ... | ... | ... | 50,0 | 8,7 | 6,1 | 99,0 | 99,8 | 2005 | 85 | 85 | n/a | 96 | ... | | |
| Canadá | 19,1 | 77,6 | 5,0 | 3,4 | 7,5 | 1,2 | 100,0 | 100,0 | 2004-05 | 94 | 94 | n/a | 94 | ... | | |
| Estados Unidos de América | 22,5 | 70,5 | 5,4 | 3,2 | 7,4 | 4,4 | 96,4 | 99,5 | 2004 | 95 | 95 | n/a | 91 | 98 | | |
| América del Sur | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Brasil | 10,2 | 6,8 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Bolivia | 8,5 | 15,1 | 1,3 | 1,3 | 4,2 | 1,3 | 92,8 | 98,6 | 2006 | 98 | 98 | 97 | 99 | 5,6 | | |
| Costa Rica | 20,0 | 15,3 | 6,5 | 1,8 | 5,0 | 3,2 | 91,7 | 94,3 | 2002 | 89 | 89 | 87 | 90 | 80 | | |
| El Salvador | 12,4 | 8,1 | 5,5 | 0,7 | 3,3 | 3,9 | 51,1 | 49,7 | 2005 | 96 | 96 | 93 | 96 | 6,7 | | |
| Guatemala | 8,7 | 3,6 | 1,6 | 0,7 | 1,2 | 4,9 | 79,9 | 31,4 | 2004 | 91 | 92 | 96 | 95 | 4,0 | | |
| Honduras | ... | ... | ... | 1,0 | 3,9 | 3,9 | 91,7 | 66,9 | 2001-05 | 87 | 87 | 90 | 91 | 4,3 | | |
| Nicaragua | 16,4 | 1,4 | 2,9 | 0,9 | 3,5 | 4,2 | 85,5 | 79,7 | 2005 | 87 | 88 | 99 | 98 | 3,6 | | |
| Panamá | 19,8 | 31,5 | 2,9 | 1,8 | 6,4 | 2,1 | 99,9 | 91,3 | 2006 | 99 | 98 | 99 | 94 | 48 | | |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Uruguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Chile | 65,4 | 63,8 | 9,5 | 4,9 | 6,3 | ... | 100,0 | 99,2 | 2006 | 89 | 99 | 99 | 96 | 7,7 | | |
| Colombia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Ecuador | ... | ... | ... | 3,0 | ... | ... | 49,0 | 49,0 | 2004 | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| El Salvador | ... | ... | ... | 0,8 | 2,7 | 2,9 | 84,5 | 26,1 | 2005-06 | 90 | 75 | 59 | 66 | 7,9 | | |
| Paraguay | ... | ... | ... | 4,2 | ... | ... | 99,6 | 99,9 | 2004 | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Puerto Rico | ... | ... | ... | 3,0 | 3,5 | ... | 99,1 | 99,8 | 2005 | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| República Dominicana | 20,0 | 2,9 | 9,0 | 2,0 | 1,2 | 1,1 | 98,0 | 95,5 | 2006 | 89 | 88 | 95 | 99 | 5,1 | | |
| Argentina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Bolivia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Brasil | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Canadá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Chile | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Colombia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Costa Rica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Ecuador | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| El Salvador | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Guatemala | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Honduras | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Nicaragua | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Panamá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Perú | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Uruguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Zambia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Angola | 9,0 | 38,3 | 1,3 | 2,8 | 4,7 | 2,1 | 100,0 | 100,8 | 2006 | 99 | 98 | 99 | 93 | 4,3 | | |
| Argelia | ... | ... | ... | 2,4 | 8,7 | 1,2 | 99,9 | 99,9 | 2006 | 99 | 99 | n/a | 99 | ... | | |
| Armenia | ... | ... | ... | ... | 11,7 | ... | ... | ... | ... | 80 | 88 | n/a | 93 | ... | | |
| Australia | ... | ... | ... | 3,2 | 12,7 | 0,5 | 100,0 | 96,0 | 2002 | ... | ... | ... | ... | 4,8 | | |
| Bahamas | 16,7 | 29,8 | 2,5 | 3,2 | 3,1 | 3,0 | 98,0 | 99,0 | 2006 | 99 | 94 | n/a | 88 | ... | | |
| Baréin | ... | ... | ... | 6,7 | 4,3 | 1,8 | 100,0 | 100,8 | 2005 | 84 | 85 | n/a | 98 | ... | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 3,9 | 4,4 | 2,0 | 100,0 | 99,8 | 2005 | 95 | 96 | 99 | 99 | ... | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 4,1 | 4,5 | 3,7 | 100,0 | 100,8 | 2005 | 91 | 91 | n/a | 99 | 5,4 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 2,8 | 1,1 | ... | 98,0 | 94,0 | 2005 | 93 | 92 | 96 | 90 | 3,7 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 8,0 | 1,3 | ... | 100,0 | 100,8 | 2006 | 96 | 96 | 87 | 86 | 4,3 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 1,4 | 9,4 | ... | 100,0 | 100,0 | 2006 | 91 | 99 | 99 | 99 | 9,0 | | |
| Bélgica | 14,7 | ... | ... | ... | 3,0 | ... | 97,3 | 98,7 | 2004 | ... | ... | ... | ... | ... | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 1,9 | 1,8 | ... | 99,0 | 100,0 | 2006 | 99 | 99 | 99 | 99 | ... | | |
| Bélgica | 8,5 | 16,5 | 0,8 | 1,7 | 2,4 | 5,1 | 98,0 | 89,1 | 2002 | 85 | 86 | 90 | 87 | 5,3 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 3,3 | 6,1 | 1,1 | 100,0 | 100,0 | 2006 | 99 | 99 | 99 | 99 | ... | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 5,5 | 2,3 | 1,9 | 100,0 | 100,0 | 2005 | 99 | 99 | 99 | 99 | 5,4 | | |
| Bélgica | 6,9 | 19,8 | 1,4 | 4,5 | 3,4 | 0,7 | 95,0 | 100,8 | 2005 | 99 | 99 | 99 | 99 | 4,8 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 9,0 | 3,3 | 1,4 | 99,2 | 100,0 | 2005 | 85 | 85 | 94 | 94 | ... | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 3,1 | 3,8 | ... | 90,0 | 90,0 | 2004 | 84 | 84 | n/a | 83 | 4,2 | | |
| Bélgica | ... | ... | ... | 2,6 | 2,2 | 2,6 | 95,4 | 99,7 | 2003 | 92 | 89 | n/a | 89 | 3,8 | | |

IB-49 - IB-56: (a) año 2006; (b) año 2004; (c) año 2002; (d) año 2001; (e) año 2003; (f) año 2005; (g) año 2001; (h) año 2002; (i) año 2003; (j) año 2004; (k) año 2005; (l) año 2006; (m) < 2 años y (n) < 1 año de edad.
 (*) incluye dosis de campañas contra SR. IB-50A-B: (a) gasto del gobierno general en compensaciones e empleados más el consumo intermedio e precios de computadores; (b) incluye Obras Sociales (AR), ISAPRES y FONASA (CH), IAMC (UR); (c) gasto institucional (por entidad o programa), incluye seguros públicos de salud; (d) salud (MERCOSUR); (e) entidades públicas y conservación en salud; (f) salud y cuidados paliativos.

indicadores de morbilidad

| | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 |
|---------------------------|------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|--|
| | índice EPCD | casos confirmados de sarampión | tasas de incidencia de tuberculosis (100.000 hab.) | tasas reportadas de cólera | tasas reportadas de dengue | tasas reportadas de malaria | IFA materna (1.000 hab.) | casos reportados de malaria | casos reportados de dengue | tasas de incidencia de SIDA (1.000.000 hab.) | tasas reportadas de SIDA | tasas de prevalencia de hipertensión (≥160/90 mmHg) |
| | 1995-2004, uod | 2006 | Total 2005 | 85+ | 2006 | 2006 | 2006 | 2006 | 2006 | 2005 | 2006 | 2006-2008, uod |
| Las Américas | 2,9 | 237 | 25,7 | 14,1 | 1,8 | 5,6 | 9,6 | 903.939 | 562.849 | 107,5 | 2,8 | 0,1 |
| Bermudas | ... | ... | 9,2 ^c | ... | ... | ... | ... | ... | 2 | 92,3 | 2,0 ^f | 6,8 |
| Canadá | 2,1 ^a | 13 ^b | 4,6 | 1,3 | ... | ... | ... | 384 ^h | ... | 9,9 | 3,5 | 5,9 |
| Estados Unidos de América | 1,3 | 45 ^b | 4,7 | 1,7 | 9 ^a | ... | ... | 666 ^h | 143 ^h | 195,2 | 2,8 | 0,1 |
| Argentina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivia | 9,6 | ... | 37,0 | 21,4 | ... | 46,0 | 11,5 ^a | 944 | 11 | 108,7 | 1,1 | 14,1 |
| Brasil | 2,5 | ... | 12,3 | 7,6 | ... | 6,8 | 11,9 ^a | 2.903 ^a | 12.724 | 53,5 | 4,0 | 6,8 |
| Chile | 1,4 | ... | 26,9 | 15,9 | ... | 5,9 ^b | 0 | 49 | 22.088 | 64,6 | 2,3 | 0,0 |
| Colombia | 5,2 | ... | 26,5 | 19,0 | ... | 10,1 | 22,7 | 31.093 | 2.420 | 18,9 | 4,0 | 6,8 |
| Costa Rica | 4,0 | ... | 48,0 | 30,2 | ... | 8,8 | 12,9 | 11.269 | 8.436 | 127,3 | 1,1 | 10,0 |
| Cuba | 2,8 | ... | 94,9 | 22,9 | ... | 10,6 | 0,1 ^a | 2.988 ^a | 1.350 | 77,1 | 2,5 | 0,4 |
| Ecuador | 3,6 | ... | 50,6 | 26,6 | ... | 11,6 | 5,8 | 1.663 | 4.300 | 227,4 | 3,1 | 9,4 |
| El Salvador | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Haití | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Honduras | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Jamaica | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Panamá | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Perú | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | 4,4 | ... | 52,8 | 31,1 | ... | 7,0 | 4,7 ^a | 3.807 ^a | 614 ^a | 51,3 | 1,5 | 10,0 |
| Uruguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Venezuela | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alaska | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| California | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Florida | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Illinois | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Michigan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| New York | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Washington | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Wisconsin | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Alabama | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Arizona | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Arkansas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Colorado | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Connecticut | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Delaware | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| District of Columbia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Georgia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Idaho | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Illinois | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Indiana | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Iowa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kansas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Kentucky | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Louisiana | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maine | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Maryland | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Massachusetts | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Michigan | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Minnesota | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Mississippi | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Missouri | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Montana | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nebraska | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Nevada | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| New Hampshire | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| New Jersey | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| New Mexico | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| New York | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| North Carolina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| North Dakota | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Ohio | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Oklahoma | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Oregon | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Pennsylvania | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Rhode Island | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| South Carolina | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| South Dakota | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Tennessee | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Texas | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Utah | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Vermont | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Virginia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Washington | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| West Virginia | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Wisconsin | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Wyoming | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

18-34 - 18-44: (a) se refiere a Québec; (b) tasas relacionadas a importación; (c) relacionadas a generación; (d) se refieren a las Américas; (e) reportados 4 casos; (f) valor 2004; (g) valor 2002; (h) valor 2003; (i) valor 2005; (j) valor 2001; (k) reportados 0; l) evento; (m) valor preliminar.

indicadores de mortalidad

| 31To | | | | | | 31Mo | | | | | | 31Do | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| tasas de mortalidad por neoplasias malignas (100.000 hab) (2000-2004) | | | | | | tasas de mortalidad por sistema circulatorio (100.000 hab) (2000-2004) | | | | | | tasas de mortalidad por causas externas (100.000 hab) (2000-2004) | | | | | |
| total | | hombres | | mujeres | | total | | hombres | | mujeres | | total | | hombres | | mujeres | |
| estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada | estimada | ajustada |
| 132,8 | 118,5 | 139,3 | 135,4 | 126,7 | 105,7 | 227,8 | 196,1 | 236,3 | 217,1 | 229,5 | 177,7 | 67,4 | 65,4 | 104,8 | 101,7 | 30,1 | 29,7 |
| 201,9 | 137,8 | 205,4 | 153,6 | 198,5 | 127,2 | 281,1 | 188,8 | 294,6 | 219,8 | 268,5 | 160,4 | 35,6 | 31,5 | 61,7 | 55,9 | 11,3 | 8,5 |
| 209,7 | 131,2 | 224,5 | 153,0 | 195,1 | 114,3 | 244,3 | 142,2 | 245,2 | 162,9 | 243,4 | 123,9 | 43,7 | 35,2 | 58,3 | 49,3 | 29,4 | 21,1 |
| 193,5 | 126,7 | 203,4 | 147,5 | 183,5 | 110,9 | 318,3 | 196,2 | 302,6 | 215,4 | 333,4 | 178,4 | 55,9 | 48,4 | 78,2 | 69,8 | 34,2 | 27,7 |
| 61,4 | 100,5 | 61,3 | 105,1 | 60,9 | 96,4 | 122,5 | 154,8 | 128,9 | 172,4 | 116,2 | 136,4 | 94,2 | 111,9 | 108,8 | 100,5 | 38,4 | 41,5 |
| 85,7 | 105,2 | 91,2 | 119,7 | 80,2 | 92,1 | 134,3 | 164,2 | 121,7 | 175,2 | 151,3 | 164,9 | 107,0 | 105,8 | 169,3 | 181,3 | 30,9 | 45,8 |
| 76,8 | 93,6 | 60,8 | 84,7 | 96,4 | 108,2 | 66,1 | 106,0 | 67,7 | 111,3 | 84,6 | 101,1 | 72,1 | 93,2 | 129,6 | 140,7 | 26,7 | 31,4 |
| 48,6 | 76,7 | 45,2 | 72,8 | 51,9 | 80,4 | 143,2 | 242,6 | 141,1 | 247,2 | 146,5 | 239,3 | 73,0 | 85,1 | 113,7 | 131,8 | 30,5 | 37,0 |
| 66,4 | 104,8 | 57,6 | 95,0 | 76,0 | 116,0 | 146,3 | 174,4 | 167,5 | 189,7 | 193,3 | 159,6 | 56,0 | 54,5 | 90,3 | 93,3 | 19,9 | 19,8 |
| 87,1 | 102,2 | 93,0 | 111,2 | 81,3 | 93,1 | 174,5 | 179,3 | 177,1 | 177,0 | 177,0 | 177,0 | 174,5 | 179,3 | 177,1 | 177,0 | 177,0 | 177,0 |
| 174,5 | 179,3 | 177,1 | 177,0 | 177,0 | 177,0 | 174,5 | 179,3 | 177,1 | 177,0 | 177,0 | 177,0 | 174,5 | 179,3 | 177,1 | 177,0 | 177,0 | 177,0 |
| 189,3 | 116,9 | 180,0 | 154,8 | 120,8 | 87,8 | 207,0 | 156,4 | 205,3 | 175,8 | 208,8 | 140,2 | 65,2 | 58,4 | 100,6 | 94,0 | 32,4 | 24,3 |
| 73,4 | 108,6 | 80,6 | 134,7 | 57,8 | 83,1 | 96,8 | 153,0 | 112,2 | 175,3 | 80,6 | 129,6 | 48,7 | 53,2 | 76,8 | 81,7 | 19,2 | 23,3 |
| 56,7 | 82,9 | 57,8 | 88,1 | 55,5 | 78,5 | 235,7 | 345,3 | 207,3 | 315,5 | 257,8 | 348,1 | 59,7 | 58,5 | 87,7 | 84,5 | 33,8 | 35,0 |
| 171,8 | 115,0 | 210,9 | 152,3 | 136,6 | 86,7 | 227,7 | 143,5 | 225,5 | 158,9 | 229,8 | 130,4 | 51,5 | 43,1 | 77,5 | 70,0 | 26,8 | 18,2 |
| 123,0 | 84,7 | 146,3 | 107,3 | 101,7 | 57,2 | 217,0 | 192,0 | 236,1 | 174,1 | 198,3 | 118,8 | 57,2 | 52,4 | 108,3 | 93,7 | 17,1 | 14,5 |
| 38,9 | 114,3 | 94,6 | 129,4 | 91,4 | 47,5 | 207,6 | 274,8 | 216,7 | 291,9 | 199,4 | 256,3 | 104,9 | 77,3 | 189,1 | 114,7 | 31,7 | 24,7 |
| 113,9 | 121,6 | 105,1 | 118,5 | 123,5 | 124,2 | 117,8 | 183,2 | 137,8 | 208,2 | 144,1 | 173,1 | 96,7 | 122,2 | 106,5 | 150,2 | 76,3 | 24,9 |
| 82,2 | 109,4 | 77,4 | 116,9 | 91,7 | 144,4 | 152,4 | 209,1 | 147,9 | 229,8 | 140,9 | 195,6 | 125,8 | 110,5 | 207,3 | 180,4 | 35,6 | 37,6 |
| 54,0 | 80,3 | 61,8 | 81,7 | 86,5 | 79,5 | 115,6 | 148,5 | 120,4 | 180,2 | 111,1 | 133,7 | 61,6 | 44,7 | 98,8 | 104,2 | 24,1 | 25,2 |
| 107,1 | 127,0 | 102,5 | 126,2 | 110,6 | 125,9 | 115,2 | 136,3 | 118,8 | 146,7 | 111,0 | 124,5 | 59,3 | 70,5 | 88,4 | 102,8 | 31,7 | 40,6 |
| 73,9 | 98,1 | 70,3 | 142,1 | 79,1 | 95,3 | 131,9 | 214,8 | 157,6 | 204,7 | 147,9 | 196,3 | 100,7 | 94,9 | 163,7 | 135,0 | 31,5 | 33,4 |
| 114,9 | 110,9 | 112,9 | 112,9 | 112,9 | 112,9 | 114,9 | 110,9 | 112,9 | 112,9 | 114,9 | 110,9 | 114,9 | 110,9 | 112,9 | 112,9 | 114,9 | 110,9 |
| 155,8 | 126,3 | 171,7 | 157,2 | 139,7 | 144,4 | 265,2 | 205,6 | 282,3 | 253,8 | 254,7 | 166,8 | 50,9 | 48,1 | 78,3 | 75,8 | 24,7 | 22,0 |
| 125,4 | 139,6 | 129,4 | 138,8 | 121,6 | 105,8 | 173,3 | 142,8 | 156,0 | 168,9 | 146,8 | 122,1 | 47,7 | 45,8 | 77,8 | 76,3 | 18,2 | 17,0 |
| 97,6 | 128,0 | 97,9 | 140,7 | 97,3 | 116,4 | 169,2 | 240,7 | 173,8 | 261,1 | 164,6 | 221,9 | 65,4 | 59,2 | 103,2 | 90,4 | 26,1 | 23,4 |
| 239,1 | 159,0 | 282,6 | 211,7 | 198,5 | 120,3 | 341,9 | 204,7 | 340,7 | 244,5 | 342,8 | 173,7 | 58,1 | 56,6 | 87,0 | 79,1 | 31,8 | 24,6 |
| 70,2 | 89,4 | 97,1 | 105,3 | 81,9 | 38,9 | 201,7 | 192,1 | 154,1 | 144,9 | 251,4 | 224,8 | 38,4 | 28,2 | 43,9 | 40,4 | 16,6 | 14,6 |
| 120,2 | 137,6 | 158,0 | 228,0 | 102,3 | 125,7 | 226,1 | 319,6 | 215,8 | 352,1 | 234,7 | 292,9 | 42,8 | 45,8 | 74,0 | 62,2 | 11,9 | 12,5 |
| 128,8 | 126,7 | 139,4 | 155,1 | 118,6 | 184,4 | 240,5 | 240,7 | 258,4 | 288,2 | 223,5 | 201,5 | 40,5 | 57,4 | 103,5 | 100,1 | 19,4 | 18,8 |
| 82,5 | 106,1 | 90,3 | 132,9 | 74,9 | 89,2 | 151,1 | 202,4 | 150,3 | 220,4 | 151,8 | 186,4 | 52,1 | 52,3 | 84,7 | 84,9 | 20,5 | 21,3 |
| 153,2 | 125,4 | 159,2 | 157,5 | 147,5 | 107,3 | 251,1 | 201,1 | 230,3 | 227,1 | 278,7 | 181,7 | 27,2 | 24,0 | 45,5 | 41,3 | 10,1 | 8,9 |
| 167,5 | 171,1 | 200,9 | 233,9 | 134,1 | 126,0 | 262,4 | 251,7 | 222,3 | 254,4 | 302,5 | 247,6 | 29,4 | 28,6 | 48,6 | 48,9 | 10,0 | 8,9 |
| 112,6 | 113,9 | 135,5 | 152,7 | 90,3 | 85,6 | 269,4 | 206,1 | 237,2 | 230,1 | 300,9 | 188,8 | 36,0 | 37,3 | 56,5 | 65,2 | 14,8 | 11,3 |
| 54,9 | 69,7 | 53,9 | 78,9 | 55,9 | 47,3 | 213,9 | 281,8 | 227,6 | 319,6 | 200,7 | 246,8 | 38,8 | 31,4 | 185,0 | 151,1 | 34,3 | 34,9 |
| 73,2 | 83,0 | 93,3 | 115,8 | 54,0 | 57,3 | 129,0 | 145,6 | 131,4 | 165,1 | 126,7 | 130,2 | 25,3 | 32,6 | 55,1 | 52,3 | 16,4 | 14,7 |
| 26,8 | 37,1 | 23,3 | 30,8 | 34,3 | 42,8 | 87,5 | 117,6 | 63,5 | 85,2 | 111,8 | 143,5 | 27,1 | 27,6 | 44,9 | 44,8 | 8,9 | 9,4 |
| 112,1 | 85,8 | 139,0 | 112,3 | 87,4 | 44,8 | 222,1 | 170,3 | 244,6 | 200,6 | 201,8 | 144,8 | 40,9 | 60,9 | 108,9 | 111,9 | 17,2 | 15,7 |
| 99,0 | 126,5 | 119,2 | 149,2 | 77,5 | 98,8 | 183,5 | 233,7 | 191,4 | 225,7 | 175,1 | 247,0 | 58,0 | 56,8 | 91,5 | 89,8 | 22,6 | 20,1 |
| 80,1 | 102,8 | 85,4 | 113,5 | 75,8 | 93,1 | 186,2 | 232,9 | 174,8 | 228,9 | 197,2 | 236,2 | 6,8 | 7,4 | 10,5 | 11,5 | 3,2 | 3,5 |
| 114,3 | 82,2 | 134,0 | 82,1 | 95,6 | 81,2 | 215,6 | 153,7 | 187,7 | 181,4 | 242,1 | 178,8 | 15,9 | 16,7 | 19,5 | 20,6 | 12,5 | 13,6 |
| 159,8 | 153,3 | 160,6 | 160,3 | 158,0 | 152,5 | 615,9 | 532,5 | 615,1 | 607,3 | 616,7 | 670,4 | 98,8 | 95,3 | 160,3 | 160,0 | 35,2 | 30,7 |
| 109,1 | 130,0 | 121,2 | 163,8 | 93,0 | 104,5 | 212,8 | 248,2 | 201,6 | 267,4 | 224,8 | 231,1 | 42,6 | 45,5 | 71,7 | 77,1 | 13,6 | 14,8 |
| 105,4 | 112,5 | 117,8 | 130,7 | 94,1 | 96,7 | 183,6 | 190,3 | 173,9 | 192,2 | 193,2 | 187,2 | 60,5 | 68,0 | 99,7 | 99,1 | 22,5 | 22,9 |
| 71,6 | 84,8 | 62,8 | 89,3 | 73,7 | 81,1 | 212,5 | 248,6 | 236,5 | 310,3 | 188,4 | 216,9 | 69,8 | 71,5 | 105,4 | 110,2 | 32,4 | 34,1 |
| 95,8 | 115,1 | 183,9 | 135,0 | 89,8 | 100,1 | 286,5 | 345,5 | 299,8 | 392,0 | 273,7 | 305,7 | 48,8 | 49,7 | 76,5 | 79,3 | 21,8 | 22,1 |

)

))

)

indicadores de mortalidad

| | tasas de mortalidad general (todos los causas) (100.000 hab.) (2000-2004) | | | | | | tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles (100.000 hab.) (2000-2004) | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 29To | | 29To | | 29Me | | 30To | | 30Me | | 30Me | |
| | total | hombres | mujeres | total | hombres | mujeres | total | hombres | mujeres | total | hombres | mujeres |
| | estimado | ajustado | estimado | ajustado | estimado | ajustado | estimado | ajustado | estimado | ajustado | estimado | ajustado |
| Las Américas | 687,8 | 640,0 | 739,7 | 744,5 | 637,3 | 545,1 | 57,2 | 57,9 | 62,3 | 66,9 | 52,2 | 49,7 |
| Argentina | 725,4 | 499,1 | 785,3 | 402,6 | 869,5 | 414,2 | 40,4 | 29,5 | 42,2 | 33,7 | 38,7 | 25,6 |
| Brasil | 712,1 | 446,4 | 732,3 | 513,5 | 892,2 | 387,4 | 27,0 | 16,8 | 26,2 | 16,7 | 27,7 | 15,1 |
| Estados Unidos de América | 832,7 | 550,9 | 891,4 | 623,1 | 894,8 | 485,7 | 44,4 | 29,9 | 44,1 | 33,7 | 44,7 | 26,2 |
| Chile | 707,2 | 620,0 | 853,9 | 742,1 | 450,0 | 721,1 | 50,7 | 49,0 | 55,9 | 54,0 | 61,0 | 57,1 |
| Colombia | 700,0 | 629,0 | 809,0 | 600,0 | 407,0 | 691,0 | 103,0 | 103,0 | 112,0 | 70,0 | 70,0 | 71,0 |
| Costa Rica | 564,1 | 489,5 | 661,1 | 607,5 | 464,7 | 484,1 | 65,2 | 69,6 | 79,8 | 112,4 | 50,3 | 67,4 |
| El Salvador | 401,1 | 486,4 | 444,1 | 580,6 | 356,7 | 414,6 | 22,3 | 26,4 | 25,8 | 30,5 | 19,4 | 22,5 |
| Guatemala | 597,5 | 726,8 | 663,5 | 848,9 | 584,0 | 678,2 | 82,5 | 106,7 | 89,1 | 122,1 | 76,9 | 94,5 |
| Honduras | 567,7 | 737,8 | 668,2 | 871,9 | 47,2 | 612,5 | 136,3 | 150,9 | 151,1 | 168,5 | 122,0 | 194,5 |
| Nicaragua | 524,9 | 703,4 | 582,1 | 791,9 | 468,4 | 619,0 | 52,9 | 65,0 | 55,5 | 75,9 | 46,1 | 60,3 |
| Panamá | 538,4 | 783,8 | 598,1 | 874,9 | 478,9 | 695,2 | 50,8 | 68,0 | 58,5 | 75,9 | 46,1 | 60,3 |
| Paraguay | 507,4 | 588,2 | 576,5 | 676,6 | 437,0 | 588,2 | 57,5 | 63,9 | 70,3 | 79,3 | 44,4 | 48,2 |
| Perú | 772,2 | 574,1 | 826,7 | 643,2 | 727,7 | 508,6 | 66,8 | 48,3 | 70,2 | 54,9 | 63,4 | 43,1 |
| Uruguay | 437,6 | 510,5 | 471,6 | 636,7 | 563,5 | 404,8 | 40,7 | 33,1 | 46,7 | 42,2 | 35,1 | 25,5 |
| Venezuela | 390,5 | 546,7 | 471,8 | 654,0 | 305,5 | 494,2 | 34,6 | 72,1 | 65,5 | 88,9 | 43,2 | 54,9 |
| América Central y del Caribe | 986,9 | 1.233,4 | 1.036,6 | 1.317,3 | 938,0 | 1.155,0 | 144,9 | 386,0 | 396,5 | 459,6 | 300,5 | 324,9 |
| América del Sur | 693,1 | 468,7 | 776,3 | 581,6 | 817,8 | 373,5 | 50,1 | 33,6 | 54,7 | 41,1 | 48,0 | 27,4 |
| América del Norte | 794,4 | 524,1 | 856,7 | 649,0 | 627,3 | 400,5 | 68,5 | 50,6 | 81,1 | 65,5 | 56,9 | 37,6 |
| República Dominicana | 640,1 | 781,2 | 725,8 | 884,4 | 553,5 | 671,1 | 75,7 | 85,3 | 86,3 | 96,3 | 64,8 | 75,3 |
| América del Sur y Centroamérica | 815,7 | 756,0 | 872,4 | 1.003,0 | 758,5 | 976,0 | 140,7 | 182,3 | 189,9 | 197,6 | 181,6 | 169,3 |
| Bolivia | 539,7 | 677,6 | 611,8 | 799,9 | 469,6 | 669,9 | 38,0 | 50,4 | 42,5 | 58,0 | 33,9 | 34,1 |
| Ecuador | 436,3 | 522,1 | 493,6 | 605,4 | 378,7 | 442,1 | 56,5 | 66,4 | 63,8 | 75,2 | 39,2 | 53,9 |
| Paraguay | 606,7 | 755,1 | 672,1 | 858,5 | 540,9 | 655,4 | 74,1 | 161,7 | 143,1 | 183,6 | 113,0 | 141,0 |
| Venezuela | 583,7 | 638,6 | 577,4 | 741,8 | 429,1 | 537,6 | 43,4 | 58,7 | 44,6 | 66,6 | 38,3 | 50,9 |
| América del Sur | 770,2 | 670,0 | 744,0 | 840,0 | 570,0 | 670,0 | 77,0 | 77,0 | 86,0 | 86,0 | 96,0 | 96,0 |
| Argentina | 770,2 | 628,0 | 848,9 | 785,9 | 494,8 | 697,0 | 76,5 | 61,5 | 80,2 | 73,7 | 73,0 | 51,5 |
| Brasil | 521,9 | 504,2 | 574,1 | 615,9 | 470,8 | 409,7 | 37,6 | 36,4 | 40,6 | 43,8 | 34,8 | 30,8 |
| Paraguay | 572,8 | 753,7 | 624,9 | 847,3 | 519,5 | 662,3 | 68,2 | 90,8 | 75,2 | 182,2 | 61,1 | 79,7 |
| Uruguay | 941,0 | 621,0 | 1.083,2 | 789,8 | 854,6 | 487,4 | 55,7 | 38,9 | 59,2 | 47,8 | 52,4 | 31,4 |
| América del Sur y Centroamérica | 474,7 | 466,1 | 477,8 | 505,1 | 471,5 | 426,3 | 29,2 | 28,5 | 28,5 | 30,0 | 29,9 | 28,4 |
| Antigua y Barbuda | 552,1 | 684,6 | 710,0 | 1.078,1 | 593,7 | 728,7 | 43,2 | 81,1 | 63,4 | 84,9 | 63,0 | 76,4 |
| Antillas Neerlandesas | 616,3 | 413,3 | 496,8 | 755,7 | 593,3 | 495,5 | 46,0 | 48,4 | 47,3 | 52,2 | 48,6 | 45,8 |
| Aruba | 561,0 | 681,5 | 633,3 | 805,7 | 491,0 | 549,0 | 46,7 | 58,3 | 56,2 | 67,6 | 41,4 | 46,0 |
| Barbados | 721,4 | 405,0 | 715,1 | 711,7 | 727,2 | 528,2 | 78,1 | 65,5 | 87,8 | 83,3 | 69,6 | 51,5 |
| Dominica | 739,7 | 740,8 | 760,6 | 878,8 | 718,5 | 629,5 | 54,2 | 51,8 | 61,9 | 65,8 | 46,5 | 38,9 |
| Grenada | 701,2 | 606,1 | 714,7 | 746,4 | 688,8 | 493,7 | 78,0 | 47,0 | 63,7 | 59,9 | 76,2 | 38,1 |
| Guyana | 664,9 | 808,4 | 774,8 | 963,2 | 558,2 | 652,2 | 125,8 | 136,2 | 155,5 | 173,5 | 96,8 | 102,1 |
| Islas Caimán | 333,3 | 371,5 | 359,4 | 432,7 | 308,5 | 321,9 | 25,9 | 29,4 | 28,7 | 26,2 | 30,9 | 31,8 |
| Islas Turcas y Caicos | 261,8 | 318,3 | 259,6 | 312,3 | 264,1 | 318,7 | 45,3 | 50,0 | 52,9 | 58,9 | 38,3 | 38,7 |
| Islas Vírgenes (EE.UU.) | 562,0 | 460,5 | 678,2 | 591,4 | 456,2 | 349,5 | 28,0 | 23,4 | 32,2 | 28,2 | 24,2 | 19,3 |
| Islas Vírgenes (R.U.) | 463,8 | 674,7 | 527,7 | 695,3 | 596,4 | 513,3 | 9,7 | 10,7 | 3,1 | 4,2 | 16,8 | 17,6 |
| Jamaica | 497,3 | 618,7 | 502,6 | 645,0 | 496,1 | 594,3 | 28,9 | 39,5 | 31,8 | 37,1 | 24,6 | 30,1 |
| Montserrat | 639,8 | 422,4 | 658,2 | 674,1 | 624,1 | 473,8 | 13,1 | 13,5 | 20,1 | 17,1 | 6,4 | 9,5 |
| Saint Kitts y Nevis | 1.599,5 | 1.458,6 | 1.714,8 | 1.720,5 | 1.487,8 | 1.221,1 | 205,3 | 181,8 | 207,8 | 204,1 | 204,9 | 162,8 |
| San Vicente y las Granadinas | 640,6 | 747,3 | 688,5 | 807,9 | 583,0 | 622,8 | 77,8 | 87,0 | 94,2 | 111,8 | 61,5 | 63,9 |
| Santa Lucía | 580,6 | 618,1 | 625,8 | 804,1 | 536,8 | 548,8 | 41,6 | 41,7 | 40,7 | 43,0 | 42,4 | 40,0 |
| Santitonia | 605,0 | 692,4 | 700,8 | 849,3 | 508,7 | 562,5 | 84,6 | 90,1 | 100,4 | 112,4 | 68,7 | 70,1 |
| Trinidad y Tobago | 736,0 | 873,4 | 823,5 | 1.038,3 | 650,7 | 730,0 | 47,7 | 54,4 | 58,9 | 70,7 | 36,7 | 39,9 |

18 29 - 18 33: (a) valores 1995-1999; (b) valores 1990-1994; (c) valores provisionales.

)

))

)

indicadores de mortalidad

| | 19 tasa de mortalidad estándar o deficiente (del.) año | | 20 tasa de mortalidad estándar o deficiente (del.) año | | 21 mortalidad estándar en <5 años (1.000 nv) 2006 | 22 23 defunciones registradas en <5 años por EBA IRA (%) año | | | 24 25 tasa de mortalidad estándar por (100.000 hab.) (2000-2004) haméctico suicidio | | 26 razón de transporte terrestre | 27 tasa de deficiencia e ignora (%) (2004) | 28 subregistro de mortalidad (%) (2000-04) |
|---------------------------------|--|------|--|------|--|--|------|------|---|-------------------|---|---|---|
| | razón (del.) | año | tasa (del.) | año | | | | año | | | | | |
| Las Américas | 62,4 | | 17,7 | | 22,4 | 8,6 | 6,4 | | 17,7 | 7,7 | 16,8 | 5,8 | 14,2 |
| Bermuda | | 2005 | n/a | 1 | 2005 | | | 2002 | 1,1 | 3,7 | 10,1 | 2,2 ^a | |
| Canadá | 5,9 | 2004 | 5,3 | 2004 | 5,9 | 0,2 | 1,6 | 2003 | 1,3 | 11,8 | 9,5 | 1,4 ^a | 1,4 |
| Estados Unidos de América | 13,1 | 2004 | 6,8 | 2004 | 7,9 | 0,1 | 1,7 | 2004 | 6,2 | 10,7 | 15,7 | 1,3 | |
| América del Norte | | | | | | | | | | | | | |
| América del Sur | | | | | | | | | | | | | |
| América Central y Caribe | | | | | | | | | | | | | |
| Bolivia | n/a | 3 | 2006 | 19,6 | 2006 | 20,6 | 3,7 | 5,9 | 2001 | 22,4 | 7,5 | 31,5 | 4,4 ^a |
| Costa Rica | 39,3 | | 2006 | 9,7 | 2006 | 11,6 | 2,1 | 5,5 | 2005 | 6,5 | 7,1 | 16,8 | 8,0 ^a |
| El Salvador | 71,2 | | 2005 | 26,0 | 1997-02 | 30,4 | 9,5 | 13,9 | 2005 | 45,6 | 10,0 | 35,2 | 13,5 ^a |
| Guatemala | 148,8 | | 2005 | 39,0 | 1997-02 | 41,2 | 14,7 | 20,2 | 2004 | 24,0 | 2,8 | 3,3 | 10,4 |
| Honduras | | | | 23,0 | 2001-06 | 42,6 | | | | | | | |
| Nicaragua | 86,5 | | 2005 | 31,0 | 1998-01 | | 8,0 | 10,0 | 2005 | 15,1 | 13,6 | 17,1 | 3,5 ^a |
| Panamá | 66,0 | | 2005 | 19,4 | 2005 | 24,4 | 6,5 | 7,3 | 2004 | 13,5 | 6,8 | 12,1 | 7,9 |
| América del Sur | | | | | | | | | | | | | |
| Brasil | 69,4 | | 2004 | 25,2 | 2004 | 6,8 | 2,1 | 6,3 | 2005 | 6,3 | 11,2 | 14,6 | 0,8 ^a |
| Chile | n/a | 3 | 2004 | 27,1 | 2005 | 9,0 | | | 2004 | 1,9 | 8,5 | 20,8 | 7,7 |
| Guayana Francesa | n/a | 2 | 2001 | 10,4 | 2003 | 15,5 | 0,6 | 11,0 | 2004 | 5,3 | 8,1 | 19,2 | 12,8 ^a |
| Paraguay | 630,0 | | 2005-06 | 57,0 | 2005-06 | 73,7 | 10,8 | 6,4 | 2004 | | | | 35,2 |
| Paraguay | | | 2004 | 6,1 | 2005 | 0,4 | 0,6 | 0,5 | 2004 | 2,7 | 8,9 | 13,7 | 0,3 |
| Puerto Rico | n/a | 3 | 2005 | 29,3 | 2005 | | 0,6 | 0,8 | 2004 | 18,7 | 7,1 | 14,1 | 0,8 |
| República Dominicana | 20,0 | | 2004 | 30,0 | 2005 | 34,3 | 4,2 | 4,7 | 2004 | 9,8 | 3,6 | 30,4 | 7,2 |
| América del Sur | | | | | | | | | | | | | |
| Bolivia | 23,0 | | 1999-03 | 54,0 | 1999-03 | 62,9 | 7,1 | 6,4 | 2003 | | | | 45,0 ^a |
| Colombia | 72,7 | | 2005 | 15,9 | 2005 | 26,5 | 4,8 | 3,9 | 2005 | 29,7 | 6,7 | 19,5 | 1,3 ^a |
| Ecuador | 85,0 | | 2005 | 22,1 | 2005 | 26,5 | 6,0 | 15,5 | 2005 | 16,2 | 5,0 | 17,8 | 12,0 ^a |
| Perú | 185,0 | | 1994-00 | 28,7 | 2005-10 | 31,1 | 3,5 | 13,8 | 2002 | 3,0 | 1,7 | 10,5 | 11,7 ^a |
| Venezuela | 59,9 | | 2005 | 15,5 | 2005 | 22,3 | 0,1 | 6,8 | 2004 | 34,5 | 5,5 | 24,3 | 0,8 |
| Brasil | 66,1 | | 2004 | 22,6 | 2004 | 8,1 | 3,0 | 3,0 | 2004 | | | | |
| América del Sur | | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | 39,2 | | 2005 | 12,6 | 2006 | 15,9 | 1,7 | 3,7 | 2005 | 6,8 | 6,3 | 10,1 | 2,4 ^a |
| Chile | 19,8 | | 2005 | 7,9 | 2005 | 9,0 | 0,5 | 4,1 | 2004 | 5,3 | 10,1 | 13,7 | 2,8 |
| Paraguay | 153,5 | | 2004 | 17,0 | 2004 | 39,2 | 3,6 | 7,9 | 2005 | 20,7 | 5,3 | 13,6 | 17,0 ^a |
| Uruguay | n/a | 6 | 2006 | 10,5 | 2006 | 14,4 | 1,7 | 4,9 | 2004 | 5,0 | 16,8 | 11,0 | 6,0 |
| América del Sur | | | | | | | | | | | | | |
| Argentina | | 2006 | n/a | 1 | 2006 | | | | 2004 | 2,8 | | 11,0 | 2,1 |
| Antigua y Barbuda | | 2006 | n/a | 9 | 2006 | | | | 2002 | 8,8 | 2,0 | 9,5 | 4,3 ^a |
| Antillas Neerlandesas | | | | | | 16,0 | | | 2008 | | | | 4,8 ^a |
| Aruba | n/a | 1 | 2004 | n/a | 3 | 2004 | 20,0 | 8,3 | 1999 | 4,7 ^b | 9,9 ^b | 19,8 ^b | 7,3 ^b |
| Bahamas | n/a | 5 | 2005 | 18,1 | 2806 | | 1,5 | 7,4 | 2009 | 16,3 ^b | 1,2 ^b | 3,5 ^b | 1,5 ^b |
| Barbados | | 2005 | 14,2 | 2805 | | | | | 2001 | 9,8 | 2,1 | 9,4 | 5,1 ^b |
| Bermudas | | 2005 | n/a | 20 | 2005 | | | | 2003 | 6,7 | 3,9 | 8,2 | 4,3 ^a |
| Brasil | | 2002 | 19,6 | 2002 | 42,5 | | 4,4 | 4,4 | 1996 | 1,5 ^b | 1,8 ^b | | 2,0 ^a |
| Guayana | 161,2 | | 2005 | 22,0 | 2805 | 59,4 | 9,1 | 5,0 | 2003 | 10,2 | 24,1 | 17,8 | 12,0 ^a |
| Islas Caimán | | 2006 | n/a | 6 | 2006 | | | | 2000 | 8,4 ^b | 1,7 ^b | 3,9 ^b | 2,9 ^b |
| Islas Vírgenes y Cocos | n/a | 1 | 2006 | n/a | 6 | 2006 | | | 2005 | 1,9 | 1,8 | 3,5 | 3,0 ^a |
| Islas Vírgenes (EUA) | n/a | 1 | 2004 | n/a | 13 | 2004 | 9,8 | 6,2 | 2004 | 29,5 | 4,5 | 12,4 | 2,4 |
| Islas Vírgenes (RU) | | 2005 | n/a | 2 | 2005 | | | | 2003 | 6,8 | 3,1 | 3,1 | 2,9 ^a |
| Paraguay | 95,0 | | 2001-03 | 19,3 | 1998 | | | | | 0,2 ^c | 0,1 ^c | | |
| Paraguay | | 2006 | | | 2806 | | | | 2003 | | | | |
| Saint Kitts y Nevis | | 2005 | n/a | 9 | 2005 | | | | 2000 | 10,9 ^b | 4,8 ^b | 10,9 ^b | 1,7 ^b |
| San Vicente y las Granadinas | | 2005 | 15,7 | 2805 | 28,4 | | 6,0 | | 2003 | 11,3 | 5,1 | 6,4 | 8,8 ^a |
| Santa Lucía | n/a | 1 | 2005 | 15,0 | 2805 | 14,2 | | 4,8 | 2002 | 20,3 | 7,1 | 17,7 | 9,8 ^d |
| Surinam | n/a | 8 | 2004 | 19,2 | 2804 | 35,7 | 1,0 | 4,4 | 2005 | 3,0 | 13,7 | 43,8 | |
| Turquía y Tobago | n/a | 5 | 2003 | 24,0 | 2803 | | | | 2000 | 10,4 ^b | 12,5 ^b | 2,9 ^b | |

18 20: (*) valor preliminar; 18 22 - 18 28: (a) se refiere a Uruguay; (b) valor 1995-1999; (c) valor 1990-1994; 18 27: (d) valor 2002; (e) valor 2003; (f) valor 2005; (g) valor 2001; (h) valor 2000; (i) valor 1999; (j) valor 1996.

)

))

)

indicadores socioeconómicos

| | 11T población afilada (15 años y +) (%) 1999-2005, und | | 12M disponibilidad de calorías (kcal/p/día) 2005 | 13A ingreso nacional bruto (M\$ per cápita) 2005 | | 14 crecimiento medio anual del PIB (%) 2004-05 | 15 población bajo la línea internacional de pobreza (%) 1998-04, und | 16 ratio de ingreso 20% superior/ 20% inferior 1998-04, und | 17-18 % de población que utiliza | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------|--|--|-----------------|--|--|---|---|-----------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | total | hombres mujeres | | valor constante | valor ppa | | | | 17A instalaciones mejoradas de agua potable, 2004 | | 17B instalaciones mejoradas de saneamiento, 2004 | | total | urbano | rural |
| | total | hombres | mujeres | 2005 | valor constante | valor ppa | 2004-05 | 1998-04, und | 1998-04, und | total | urbano | rural | total | urbano | rural |
| Las Américas | ... | ... | 3.223 | 19.029 | 20.990 | 3,8 | ... | ... | 94 | 97 | 82 | 85 | 91 | 65 | |
| Demanda | ... | ... | 3.083 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Canadá | ... | ... | 3.486 | 32.590 | 32.220 | 2,9 | ... | 5,5 | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 99 | |
| Estados Unidos de América | ... | ... | 3.637 | 43.560 | 41.950 | 3,2 | ... | 8,5 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |
| América Central | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Bélica | ... | ... | 2.921 | 3.570 | 4.740 | 3,1 | ... | ... | 91 | 100 | 82 | 47 | 71 | 25 | |
| Costa Rica | 94,9 | 94,7 | 95,1 | 2.818 | 4.700 | 8.690 | 5,9 | 3,3 | 15,5 | 92 | 100 | 92 | 92 | 89 | 97 |
| El Salvador | 80,6 | 82,1 | 79,2 | 2.680 | 2.458 | 5.120 | 2,8 | 19,0 | 20,7 | 84 | 94 | 70 | 62 | 77 | 39 |
| Guatemala | 69,1 | 75,4 | 63,3 | 2.289 | 2.408 | 4.410 | 3,2 | 13,5 | 20,5 | 75 ^a | 90 ^a | 40 ^a | 47 ^a | 77 ^a | 17 ^a |
| Honduras | 80,0 | 79,8 | 80,2 | 2.435 | 1.120 | 2.900 | 4,0 | 14,7 | 17,1 | 87 | 95 | 81 | 69 | 87 | 54 |
| Nicaragua | 76,7 | 76,8 | 76,6 | 2.402 | 950 | 3.650 | 4,0 | 45,1 | 8,8 ^b | 79 | 90 | 83 | 47 | 56 | 34 |
| Panamá | 93,1 | 94,8 | 92,4 | 2.681 | 4.630 | 7.310 | 6,4 | 7,4 | 24,0 | 90 ^a | 97 ^a | 80 ^a | 92 ^a | 98 ^a | 83 ^a |
| América del Sur | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Colombia | 99,8 | 99,8 | 99,8 | 3.547 | ... | ... | 3,4 | ... | ... | 91 | 95 | 78 | 78 | 99 | 95 |
| Guayana Francesa | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 98 | 98 | 93 | 64 | 64 | 61 |
| Guayana Francesa (Haití) | ... | ... | 1.945 | 690 | 1.840 | 2,0 | 53,9 | 26,4 | ... | 84 | 88 | 73 | 70 | 85 | 57 |
| Paraguay | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 54 | 62 | 56 | 30 | 57 | 14 |
| Puerto Rico | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | 87,0 | 86,8 | 87,2 | 2.873 | 2.460 | 2.150 | 9,3 | 2,8 | 14,2 | 95 | 97 | 91 | 78 | 81 | 73 |
| América del Norte | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Bolivia | 96,7 | 98,1 | 90,7 | 2.128 | 1.810 | 2.740 | 3,1 | 23,2 | 42,0 | 85 | 95 | 68 | 46 | 40 | 24 |
| Colombia | 90,4 | 90,1 | 90,7 | 2.745 | 2.290 | 2.420 | 5,1 | 7,0 | 25,3 | 93 | 99 | 71 | 66 | 96 | 53 |
| Ecuador | 91,0 | 92,3 | 89,7 | 2.770 | 2.620 | 4.070 | 4,2 | 17,7 | 17,6 | 94 | 97 | 89 | 89 | 94 | 82 |
| Perú | 87,3 | 93,7 | 82,5 | 2.411 | 2.650 | 5.830 | 6,4 | 10,5 | 16,3 | 83 | 89 | 65 | 63 | 74 | 32 |
| Venezuela | 93,0 | 93,3 | 92,7 | 2.589 | 4.820 | 6.440 | 9,3 | 18,5 | 5,8 | 83 | 85 | 70 | 68 | 73 | 48 |
| América del Sur (Continúa) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Argentina | 97,7 | 97,2 | 97,2 | 2.955 | 4.470 | 13.920 | 9,2 | 6,8 | 17,9 ^a | 96 | 98 | 88 | 91 | 92 | 83 |
| Chile | 95,7 | 95,8 | 95,4 | 3.073 | 5.670 | 11.470 | 6,3 | 2,0 | 15,8 | 95 | 100 | 88 | 91 | 95 | 63 |
| Paraguay | 93,5 | 94,3 | 92,7 | 3.181 | 3.040 | 4.970 | 2,9 | 13,6 | 25,8 | 86 | 99 | 68 | 80 | 94 | 61 |
| Uruguay | ... | ... | ... | 3.066 | 4.360 | 9.810 | 6,6 | 2,0 | 10,1 ^a | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 |
| América del Sur (Continúa) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | |
| Anguila | ... | ... | ... | 2.045 | 18.500 | 11.700 | 7,2 | ... | ... | 60 | 60 | ... | 99 | 99 | ... |
| Antigua y Barbuda | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 91 | 95 | 89 | 95 | 98 | 94 |
| Aruba | 96,1 | 96,1 | 96,0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahamas | 97,3 | 97,5 | 97,1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 100 | 100 | ... | ... | ... |
| Barbados | ... | ... | ... | 2.521 | ... | ... | ... | ... | ... | 97 | 98 | 86 | 100 | 100 | 100 |
| Belize | ... | ... | ... | 2.988 | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 100 | 100 | 100 | 99 | 100 |
| Dominica | ... | ... | ... | 3.083 | 3.800 | 5.568 | 6,4 | ... | ... | 97 | 100 | 90 | 84 | 86 | 75 |
| Granada | ... | ... | ... | 2.310 | 3.060 | 7.268 | 4,1 | ... | ... | 95 | 97 | 93 | 96 | 96 | 97 |
| Guayana Francesa | ... | ... | ... | 2.853 | 1.020 | 4.238 | 2,2 | ... | ... | 83 | 83 | 83 | 70 | 86 | 46 |
| Islas Caimán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islas Jarcas y Caimán | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 100 | 100 | 96 | 98 | 94 |
| Islas Vírgenes (EAU) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islas Vírgenes (UK) | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 96 | 98 | 98 | 100 | 100 | 108 |
| Jamaica | 79,9 | 74,1 | 85,9 | 2.826 | 3.390 | 4.118 | 1,8 | 2,0 | 9,7 ^c | 93 | 98 | 88 | 88 | 91 | 69 |
| Montserrat | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 100 | 108 | 100 | 180 | 96 | 96 |
| Saint Kitts y Nevis | ... | ... | ... | ... | 7.848 | 12.500 | 8,8 | ... | ... | 100 | 99 | 99 | 95 | 96 | 96 |
| Son Vicente y los Granadinas | ... | ... | ... | ... | 3.538 | 6.460 | 2,2 | ... | ... | ... | ... | 98 | ... | ... | 96 |
| Santa Lucía | ... | ... | ... | 2.158 | 4.580 | 5.980 | 5,8 | ... | ... | 98 | 98 | 89 | 89 | 89 | 89 |
| Suriname | 89,6 | 92,0 | 87,2 | 3.424 | 2.540 | ... | ... | ... | ... | 92 | 98 | 73 | 94 | 99 | 76 |
| Trinidad y Tobago | 98,4 | 98,9 | 97,8 | 2.885 | 10.300 | 13.170 | 7,0 | ... | ... | 91 | 92 | 88 | 100 | 100 | 100 |

18 11: resultados de encuestas nacionales. 18 13A: (a) estimada sea US\$ 10.726 e mayor; (b) estimada sea entre US\$ 3.466 y US\$ 10.725. 18 14: (c) estimado o por el gasto; (d) dato urbano.
18 17, 18: (a) dato suministrado por el país.

)

)
)

)

indicadores demográficos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10I | 10H | 10M |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|--|---------|---------|
| | población total (millas) | tasa cruda natalidad (1.000 hab) | media anual nacimientos (millas) | tasa cruda mortalidad (1.000 hab) | media anual defunciones (millas) | crecimiento demográfico anual (%) | tasa global fecundidad (hijos/mujer) | población urbana (%) | razón de dependencia (100 hab) | esperanza de vida al nacer (años) 2007 | | |
| | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | 2007 | total | hombres | mujeres |
| Las Américas | 910.951 | 17,5 | 16.076,7 | 6,8 | 6.218,2 | 1,1 | 2,2 | 79,3 | 53,1 | 75,3 | 72,4 | 78,3 |
| Reunido | 64 | 11,3 | 0,7 | 7,8 | 0,5 | 0,6 | 1,9 | 100,0 | 44,5 | 76,1 | 76,0 | 80,3 |
| Canadá | 32.876 | 18,3 | 341,2 | 7,4 | 244,9 | 0,9 | 1,5 | 80,3 | 44,1 | 80,7 | 78,3 | 82,9 |
| Estados Unidos de América | 305.626 | 14,8 | 4.297,8 | 8,2 | 2.527,6 | 1,0 | 2,1 | 81,4 | 49,2 | 78,2 | 75,6 | 80,8 |
| América Central | 108.339 | 19,5 | 202,5 | 10,0 | 10,0 | 0,9 | 2,2 | 87,5 | 50,5 | 76,2 | 74,2 | 79,2 |
| América del Sur | 218.152 | 12,2 | 20,0 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 1,0 | 74,0 | 50,0 | 72,0 | 72,0 | 74,0 |
| Bolivia | 288 | 25,2 | 7,3 | 3,8 | 1,1 | 2,1 | 2,9 | 48,7 | 68,7 | 76,1 | 73,3 | 79,2 |
| Costa Rica | 4.648 | 17,6 | 79,9 | 4,1 | 18,3 | 1,5 | 2,1 | 62,8 | 50,1 | 78,8 | 76,5 | 81,2 |
| El Salvador | 6.857 | 22,8 | 157,6 | 5,9 | 40,6 | 1,4 | 2,7 | 60,4 | 63,7 | 71,9 | 68,8 | 74,9 |
| Guatemala | 13.354 | 33,2 | 458,3 | 5,7 | 76,7 | 2,5 | 4,2 | 48,1 | 68,2 | 70,3 | 66,7 | 73,8 |
| Honduras | 7.106 | 27,9 | 208,3 | 5,6 | 40,4 | 1,9 | 3,3 | 42,4 | 75,6 | 70,7 | 66,9 | 73,7 |
| Nicaragua | 5.603 | 24,9 | 140,1 | 4,7 | 26,5 | 1,3 | 2,8 | 59,8 | 64,7 | 72,9 | 69,7 | 76,0 |
| Panamá | 3.349 | 20,8 | 70,2 | 5,0 | 16,9 | 1,6 | 2,6 | 72,4 | 56,4 | 75,5 | 73,0 | 78,2 |
| América del Norte | 66.633 | 10,9 | 60,6 | 7,9 | 7,9 | 0,7 | 1,0 | 84,0 | 47,0 | 74,0 | 74,0 | 74,0 |
| Cuba | 11.268 | 18,3 | 216,3 | 7,6 | 85,1 | 0,0 | 1,5 | 75,2 | 43,2 | 78,3 | 76,2 | 80,4 |
| Guadalupe | 345 | 14,8 | 6,6 | 4,4 | 2,9 | 0,7 | 2,1 | 99,8 | 51,7 | 79,2 | 76,0 | 82,2 |
| Guayana Francesa | 207 | 23,9 | 4,9 | 3,7 | 0,8 | 2,1 | 3,3 | 75,9 | 62,4 | 75,9 | 72,6 | 79,9 |
| Haití | 9.598 | 27,9 | 270,2 | 9,2 | 89,4 | 1,6 | 3,5 | 40,1 | 70,7 | 60,9 | 59,1 | 62,8 |
| Martínica | 399 | 12,4 | 4,9 | 7,6 | 3,0 | 0,3 | 1,9 | 98,0 | 51,3 | 79,5 | 76,5 | 82,3 |
| Puerto Rico | 3.971 | 13,3 | 53,4 | 7,6 | 30,8 | 0,5 | 1,8 | 98,1 | 52,2 | 78,7 | 77,7 | 82,7 |
| República Dominicana | 9.780 | 23,5 | 280,7 | 5,9 | 58,4 | 1,5 | 2,8 | 68,2 | 63,1 | 72,2 | 69,3 | 75,5 |
| América del Sur | 172.877 | 12,2 | 17,0 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 1,0 | 74,0 | 50,0 | 72,0 | 72,0 | 74,0 |
| Bolivia | 9.526 | 27,3 | 76,7 | 4,1 | 7,2 | 1,8 | 3,5 | 65,1 | 71,9 | 65,6 | 63,4 | 67,1 |
| Colombia | 46.156 | 16,7 | 169,5 | 5,5 | 256,7 | 1,3 | 2,7 | 73,3 | 50,0 | 72,9 | 69,2 | 76,1 |
| Ecuador | 13.341 | 21,0 | 78,6 | 5,1 | 66,8 | 0,1 | 2,5 | 63,8 | 41,9 | 76,0 | 72,1 | 78,0 |
| Perú | 27.903 | 20,9 | 58,1 | 6,1 | 77,1 | 1,2 | 2,3 | 73,0 | 57,7 | 71,4 | 68,9 | 74,8 |
| Venezuela | 27.657 | 21,4 | 59,6 | 5,1 | 141,9 | 1,1 | 2,1 | 74,0 | 55,8 | 75,7 | 70,9 | 76,4 |
| América del Sur | 121.220 | 11,2 | 12,0 | 5,0 | 5,0 | 0,7 | 1,0 | 74,0 | 50,0 | 72,0 | 72,0 | 74,0 |
| Argentina | 39.531 | 17,5 | 69,4 | 7,7 | 304,9 | 1,8 | 2,3 | 90,4 | 56,7 | 75,3 | 71,6 | 79,1 |
| Chile | 16.635 | 15,0 | 251,4 | 5,4 | 89,6 | 1,0 | 1,9 | 88,2 | 47,9 | 78,6 | 75,5 | 81,5 |
| Paraguay | 6.127 | 24,8 | 138,4 | 5,5 | 34,2 | 1,8 | 3,1 | 59,7 | 66,3 | 71,8 | 69,7 | 73,9 |
| Uruguay | 3.340 | 15,1 | 50,5 | 9,2 | 31,8 | 0,3 | 2,1 | 72,2 | 58,6 | 76,4 | 72,8 | 79,9 |
| América del Sur | 6.000 | 14,0 | 0,2 | 5,3 | 0,1 | 1,4 | 1,7 | 100,0 | 41,2 | 77,5 | 74,5 | 80,5 |
| Anguila | 69 | 16,6 | 1,2 | 5,3 | 0,4 | 0,5 | 2,2 | 40,1 | 44,9 | 72,4 | 70,0 | 74,9 |
| Antigua y Barbuda | 192 | 12,5 | 2,4 | 7,9 | 1,5 | 1,3 | 1,9 | 70,9 | 46,0 | 75,1 | 71,3 | 78,8 |
| Antillas Neerlandesas | 104 | 14,1 | 1,4 | 5,1 | 0,7 | 0,0 | 2,0 | 44,7 | 45,1 | 76,2 | 73,3 | 77,1 |
| Aruba | 331 | 16,9 | 5,6 | 6,1 | 2,0 | 1,2 | 2,0 | 90,8 | 49,7 | 78,5 | 76,6 | 76,3 |
| Bahamas | 294 | 11,0 | 3,2 | 7,0 | 2,1 | 0,3 | 1,5 | 53,9 | 38,1 | 77,3 | 74,4 | 79,8 |
| Dominica | 69 | 14,0 | 1,0 | 6,7 | 0,5 | 0,1 | 1,9 | 73,6 | 49,6 | 75,1 | 72,2 | 78,2 |
| Granada | 106 | 16,0 | 1,9 | 8,3 | 0,9 | 0,8 | 2,3 | 30,8 | 59,6 | 68,7 | 67,0 | 78,4 |
| Guyana | 738 | 17,1 | 12,5 | 8,4 | 6,2 | 0,2 | 2,3 | 28,3 | 58,3 | 66,8 | 64,2 | 69,9 |
| Islas Caimán | 47 | 12,6 | 0,6 | 5,0 | 0,2 | 2,5 | 1,9 | 100,0 | 40,8 | 80,2 | 77,6 | 82,9 |
| Islas Turcas y Caicos | 22 | 21,5 | 0,5 | 4,2 | 8,1 | 2,7 | 3,8 | 44,5 | 54,4 | 75,0 | 72,7 | 77,3 |
| Islas Virgenes (EUA) | 111 | 13,4 | 1,5 | 4,4 | 0,7 | 0,0 | 2,1 | 94,4 | 53,8 | 79,4 | 75,5 | 83,3 |
| Islas Virgenes (UK) | 24 | 14,8 | 0,8 | 4,4 | 0,7 | 1,9 | 1,7 | 61,7 | 34,3 | 74,9 | 75,7 | 78,1 |
| Jamaica | 2.714 | 19,9 | 54,0 | 7,1 | 19,4 | 0,5 | 2,4 | 53,7 | 62,3 | 72,6 | 78,0 | 75,2 |
| Montserrat | 18 | 17,5 | 0,2 | 7,0 | 0,1 | 1,0 | 1,8 | 13,8 | 52,1 | 79,0 | 76,8 | 81,3 |
| Saint Kitts y Nevis | 89 | 17,9 | 0,7 | 8,2 | 0,3 | 0,6 | 2,3 | 32,3 | 54,1 | 72,7 | 69,8 | 75,7 |
| San Vicente y las Granadinas | 120 | 20,1 | 2,4 | 6,8 | 0,8 | 0,5 | 2,2 | 46,7 | 54,3 | 71,6 | 69,5 | 73,8 |
| Santa Lucía | 165 | 19,1 | 3,2 | 6,4 | 1,1 | 1,1 | 2,2 | 27,7 | 52,2 | 73,7 | 71,9 | 75,6 |
| Sarigua | 458 | 19,5 | 8,9 | 6,9 | 3,2 | 0,6 | 2,4 | 74,6 | 55,5 | 70,2 | 67,0 | 73,6 |
| Trinidad y Tobago | 1.333 | 14,8 | 19,8 | 8,1 | 30,9 | 0,4 | 1,6 | 12,9 | 39,6 | 69,8 | 67,8 | 71,8 |

)

))

)

[Handwritten signature]

El presente documento tiene como finalidad informar a los docentes de la importancia de la actualización profesional y de la necesidad de participar en los cursos de capacitación que se ofrecen.

En consecuencia, se invita a todos los docentes a participar en los cursos de capacitación que se ofrecen en el presente año. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia.

Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia.

Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia.

Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia. Los cursos de capacitación se ofrecen en modalidad presencial y a distancia.

)

))

)

notas técnicas y fuentes

1. El presente informe tiene como objetivo principal describir el estado actual de la investigación en el campo de la [tema] y proporcionar una visión general de los avances realizados hasta el momento. Para ello, se han recopilado y analizado los datos más relevantes de la literatura científica y técnica disponible.

2. En primer lugar, se ha examinado el marco teórico que sustenta esta disciplina, destacando los conceptos clave y las metodologías empleadas. Asimismo, se ha identificado a los principales investigadores y grupos de trabajo que han contribuido al desarrollo de esta área de conocimiento.

3. Los resultados obtenidos en los últimos años muestran un avance significativo en la comprensión de los procesos involucrados, así como en la aplicación de estos conocimientos en diversos contextos prácticos. Sin embargo, persisten ciertas limitaciones y desafíos que requieren mayor investigación y colaboración entre disciplinas.

4. En conclusión, se espera que este informe sirva como una herramienta útil para investigadores, estudiantes y profesionales interesados en el tema. Se invita a la comunidad científica a continuar explorando estas cuestiones y a compartir sus hallazgos para avanzar en el conocimiento humano.

5. Este documento constituye una síntesis de la información recopilada y no pretende ser exhaustivo. Los datos aquí presentados están sujetos a cambios y actualizaciones conforme se vayan realizando nuevas investigaciones y descubrimientos en el campo.

6. Se agradece a todos los colegas y colaboradores que han brindado su apoyo y colaboración durante el desarrollo de este trabajo. Asimismo, se reconoce el apoyo institucional que ha permitido la realización de esta investigación.

7. Finalmente, se espera que este informe contribuya a la generación de nuevas ideas y proyectos de investigación que permitan superar los desafíos actuales y avanzar en el conocimiento de esta disciplina.

8. Este informe fue elaborado por el equipo de investigación liderado por el Dr. [Nombre], en el marco del proyecto de investigación [Nombre del Proyecto], financiado por el [Entidad Financiadora].

9. Fecha de elaboración: [Fecha].

10. Contacto: [Información de contacto].

)

))

)

De ayer a hoy: construcción social del enfermo.

Claudine Herzlich y
Janine Plerret *

1.- EL SOCIOLOGO Y EL PUNTO DE VISTA DE LOS ENFERMOS

A lo largo de la última década, el punto de vista y las concepciones del enfermo sobre su estado, han adquirido una importancia nueva en la sociología de la enfermedad y de la medicina. Sin duda, desde 1954 el libro de Koos, *The health of regionville*, tenía por subtítulo "What people thought and did about it" (1). En 1961 apareció *The patients' views of medical practice* de Elliot Freidson (2) y diversos artículos se interesaban en las definiciones profanas de la salud y de la enfermedad (3). Pero, en la mayor parte de los casos el objetivo de los autores permanecía bastante limitado e instrumental: analizar las definiciones profanas frente a las de los profesionales. Se las consideraba esencialmente como variables intermedias con relación a los comportamientos de demanda de atención y al funcionamiento de las instituciones médicas.

Hoy, el interés de los sociólogos por el punto de vista de los profanos se diversificó: se estudia la adhesión de los enfermos al "sick role" (4) pero también sus percepciones de las causas de su estado (5). La noción más amplia de la significación atribuida a la situación por los actores está en el centro de ciertos estudios (6) y, particularmente, del análisis de casos de enfermedades crónicas.

Este interés que se despierta en los sociólogos aparece también entre los médicos (7) y, actitud que no era frecuente hace veinte años,

éstos aceptan sin condenar el hecho de que la "enfermedad" del paciente no coincide con la "enfermedad" del médico.

A través de estos diversos enfoques, el "punto de vista del enfermo" adquiere entonces poco a poco una nueva dignidad: a la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, mezclado con algunas nociones tradicionales sin gran interés, sucede aquella de un modo de pensar autónomo, de una "lógica" o de una teoría profana que tiene su propia coherencia y cuyo análisis puede constituir para el sociólogo un objetivo intrínseco. A nuestro parecer esta evolución no es solamente propia de los sociólogos y debe ser relacionada con una tendencia más amplia que engloba también a los historiadores: interés por el lado oculto de las cosas, lo íntimo y lo privado, el reverso anónimo de lo legítimo, de lo público y de lo institucional, que llevan al estudio de las culturas populares y de las prácticas tradicionales. En sociología esta tendencia se sitúa en el contexto del desarrollo de enfoques, en sentido amplio, fenomenológicos; fue también influenciada por los trabajos de los antropólogos (8) acerca de la diversidad de las concepciones de la enfermedad en otras sociedades.

Pero estas tendencias y los estudios que se inspiran en ellas se nos aparecen marcadas por limitaciones: de este modo los trabajos antro-

* Centre de Recherche Médecine, Maladie et Science Sociales, CNRS-INSERM 1, rue du 11 Novembre, 92120, Montrouge, FRANCE.

)

))

)

pológicos tienen a veces tendencia a limitarse a la enunciación de un discurso de la sociedad como expresión de creencias y de valores que quedan muy separados de la estructura social y de los comportamientos efectivos.

Los estudios de inspiración fenomenológica, al contrario, se limitan al nivel del individuo y de sus interacciones con el sistema de atención y permanecen decididamente microsociológicos (9). En este último caso, la limitación de las investigaciones tiende, al menos en parte, no parece, a una concepción restrictiva del "fenómeno enfermedad" donde se lee además la influencia persistente del modelo médico: la de una enfermedad concebida esencialmente como el único estado de un cuerpo individual.

Esta concepción oculta la realidad de la enfermedad como fenómeno social total, analizable a este nivel: la naturaleza y distribución de las enfermedades son frecuentemente características de una época y de una sociedad y algunas de ellas pudieron, por sus consecuencias, ocasionar una distorsión completa de la evolución social (10); el hacerse cargo de ellas moviliza pues una parte esencial de los recursos colectivos. Simbólicamente, la enfermedad es una de las encarnaciones privilegiadas de la desdicha individual y colectiva: de este modo exige siempre una explicación que supere la única búsqueda de "causas" y que enuncie al mismo tiempo una verdad acerca del orden del mundo y del cuerpo enfermo. Es en este sentido que podemos decir que la enfermedad es una "metáfora" (11): el pensamiento acerca de la enfermedad, la búsqueda del "sentido del mal" (12) es siempre, simultáneamente el pensamiento acerca del mundo y la sociedad.

La experiencia individual de la enfermedad y la concepción que los profanos tienen de ella no son separables del conjunto de estos fenómenos macrosociales. Si es necesario considerarlos en el nivel individual así como a través de sus efectos en la interacción cara a cara con el médico, no es posible sin embargo comprenderlos verdaderamente más que resituándolos en la macroestructura. Es necesario esforzarse en otorgar un sentido fuerte a la idea según la cual las concepciones que los enfermos tienen de sus enfermedades y de sus causas, por ejemplo, "pueden" ser muy individuales, pero ("") serán hasta cierto punto socialmente limitadas" (13). A pesar de un interés creciente a lo largo de los últimos años, los sociólogos a través de las

diversas nociones de "conceptos profanos", "significado de la situación para los participantes", "perspectivas o puntos de vista de los pacientes" (14) buscaron más expresar las relaciones que estas realidades mantienen con el saber y las concepciones médicas, que analizar precisamente en qué forma se las puede llamar "sociales". Queda entonces por elucidar cómo las concepciones de las enfermedades individuales, del mismo modo además que las de los médicos, traducen y nutren a la vez un discurso colectivo que, por sí solo, dibuja en su totalidad la figura de la desdicha biológica y le da sentido. En cada una de las concepciones individuales, la especificidad de la experiencia orgánica, "la historia médica" de cada uno, se articula con los símbolos y esquemas de referencia colectivos y con las nociones derivadas del saber de los profesionales. Pero la historia social del individuo se integra también a estas concepciones: su posición y la de su grupo en la estructura social, que lo hace recibir y enunciar específicamente este discurso de todos, del cual, el suyo, a su vez, es una parte.

El discurso colectivo y las prácticas que derivan de él, lo dijimos, están arraigados en la realidad de la patología de una época y su respectiva respuesta social. Sin embargo el orden de lo simbólico no es el simple reflejo de la realidad. "Las ideas pasan del mundo del pensamiento al mundo de los cuerpos, de la naturaleza, y se transforman en relaciones sociales" escribe, por ejemplo, M. Godellier al término de un análisis acerca de la concepción de las relaciones hombres-mujeres y de las prácticas que derivan de ellas en una sociedad melanesia (15). Del mismo modo, las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos, y que los enfermos mismos interiorizan y nutren a su vez, orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida "producen" la "realidad" de sus "enfermos".

Para cada enfermo, su enfermedad y el sentido que le asigna son entonces consideradas como experiencia y percepción individual a la cual atribuye un status de evidencia objetiva. El sociólogo, en lo que a él respecta, debe esforzarse en comprender en qué medida esta experiencia y percepción son, en realidad, construcción y en qué medida esta última trasciende al individuo solo (16). Frente a la dificultad de esta labor, nos pareció que el recurso a la

)

))

)

historia podía constituir una solución al menos parcial. Nos pareció que colocar de nuevo al enfermo y a la enfermedad en la larga duración permitía poner en evidencia el doble carácter construido y social del discurso sobre el enfermo y la enfermedad.

Hemos estudiado entonces de qué modo, en diferentes épocas, los enfermos describen su experiencia de la enfermedad, dicen cómo conciben su estado orgánico, interpretan las causas y perciben su lugar en la sociedad. Para comprender esta evolución de la figura del enfermo, la naturaleza de las enfermedades dominantes de un período constituyó el modo de entrada elegido. En cada época, una enfermedad domina la realidad de la experiencia y estructura las concepciones colectivas. A su vez, reenvía al conjunto de las condiciones de vida, valores y concepciones de la existencia del momento: estudiamos entonces la enfermedad en el marco de las epidemias (peste y cólera) y de las enfermedades infecciosas de otros tiempos, de la tuberculosis y de la sífilis durante el siglo XIX, del cáncer y de las enfermedades crónicas que dominan la época moderna.

A través de la evolución a largo plazo, percibimos permanencias pero también reestructuraciones que afectan las nociones mismas de "enfermedad" y de "enfermo". Están ligadas tanto a la transformación de la patología misma como a la evolución de las instituciones que se hacen cargo de ella, tanto a la dominancia de diversas visiones del mundo estructuradas por una significación central, como a un desarrollo de la medicina con sus vagabundeos, sus tiempos fuertes, su explosión después de un siglo. En cada época, en el término de nuestro análisis, la figura del enfermo y la concepción que él mismo y los otros tienen de su estado, emerge de este modo de la combinación de estas diferentes determinaciones.

En dicho método, un ir y venir se opera, pues, de la sociología a la historia y de la historia a la sociología. Los sociólogos y los antropólogos fueron los primeros en tomar conciencia del hecho que la enfermedad y la salud no se reducen a su evidencia orgánica; mostraron que la enfermedad no escapaba a la influencia de la sociedad. Pero la historia, que nos muestra la evolución de las instituciones y de las relaciones en las cuales el enfermo es el centro, así como la diversidad de las categorías a través de las cuales es posible pensarlo, suministra quizás

una de las demostraciones más claras del carácter social de esta construcción.

Necesitamos aclarar los límites de esta tentativa (17). No buscamos obrar como historiadores, descubrir o explorar fondos de archivo u otras fuentes todavía inexploradas. Nos hemos basado esencialmente en los trabajos de los historiadores así como en los documentos publicados —crónicas, cartas, diarios íntimos principalmente— donde los enfermos hablan de su mal o en los cuales los testigos directos los describen. Quizás inapropiadamente, consideramos estos documentos como los equivalentes de las entrevistas que tuvimos a lo largo de los últimos veinte años con enfermos aquejados de afecciones diversas (18).

Al volver al pasado encontramos el problema inevitable de la fragilidad y de la desigualdad de las fuentes según las épocas y las categorías sociales. Durante ciertos períodos, los de las epidemias, por ejemplo, prácticamente ninguna carta o diario íntimo del enfermo llegó hasta nosotros, sólo un testimonio colectivo sobre la enfermedad del cual nos esforzamos en inferir el efecto a nivel del enfermo individual. Por otro lado es frustrante para los sociólogos ver que aquellos que hablaron acerca de su mal son raramente miembros de las clases populares, sino nobles, burgueses, y aún más frecuentemente escritores, intelectuales; la escritura fue durante siglos privativa de una minoría. Por último, en nuestra sociedad, las concepciones "profanas" de la enfermedad no son separables del desarrollo de la medicina que en cada época contribuye a modelarlas. Debemos entonces esforzarnos en analizar su interacción. Pero la relación puede operarse en los dos sentidos: del profesional al profano y del profano al profesional. Esto era aún más evidente en el pasado frente a un saber médico incierto.

Nuestro análisis tiene pues un carácter esencialmente hipotético. La naturaleza de los datos no permite ni el rigor demostrativo ni la sutileza del análisis que el sociólogo puede normalmente pretender con un material de observación y de encuesta recogido con los pacientes actuales, en una interacción entre el entrevistador y su objeto, según un objetivo determinado. Sin embargo la confrontación con el pasado, y la riqueza del material que ésta permite reencontrar tiene una fuerza sugestiva tal que la experiencia nos pareció valiosa.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE CALI

)

)
)

)

Agreguemos que para los sociólogos, el esfuerzo de concentrarse en una perspectiva histórica, si es real, nos parece tener en sí mismo

un efecto positivo: poner en prueba nuestras categorías de análisis y demostrar su relatividad.

2. UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA: LAS ENFERMEDADES DE OTROS TIEMPOS Y LA NOCIÓN DE ENFERMO

Todos los análisis actuales del enfermo hablan de una realidad de la enfermedad como forma de vida. Ser un enfermo no designa solamente un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un status. Ser un "enfermo" es también ser un "atendido" es decir entrar en relación con una de las instituciones más importantes de nuestra sociedad: la medicina. Hoy se puede vivir enfermo durante varios años sin inquietar al entorno, y conservando una actividad y una vida social. La enfermedad tiende entonces más y más frecuentemente a devenir una identidad que debe ser asumida, adquirida e impuesta a los otros, y es en las relaciones con la medicina que esta identidad se constituye.

Esta realidad de la enfermedad como forma de vida y del enfermo como actor social está bien lejos de lo que fueron durante siglos las epidemias; fenómeno colectivo y social que encamó largo tiempo el mal absoluto, pero que paradójicamente fueron "enfermedades sin enfermos". De Boccaccio a Samuel Pepys y Chateaubriand, de Tucídides a Manzoni o Daniel Defoe, las narraciones de las epidemias abundan y al leer estos testimonios nos sorprende su aspecto repetitivo. A través de todos, la enfermedad aparece marcada de numerosos caracteres, el número, la muerte ineludible, la debilidad de los instrumentos para detenerla y los comportamientos de pánico, huida o corrupción que la acompañan.

Toda descripción de las grandes pestes es, en primer lugar, enumeración del número de muertos. A través de ella se percibe que la epidemia es siempre considerada como una realidad colectiva; Samuel Pepys, burgués londinense, anota el 20 de julio en el diario que lleva durante la peste de Londres, en 1665: "Me dicen que la epidemia se expande un poco por todos lados. Esta semana murieron 1089 perso-

nas" (19). El 27 de julio: "Cuando llegué a casa, ví el boletín semanal. Llegamos a un total de 1700 muertes debido a la peste" (20). El 10 de agosto: "Más de 3000 muertes esta semana" (21). El 20 de septiembre: "Hay 600 muertes más que la última semana, contrariamente a toda expectativa dado el frío de la última estación, 7,166 muertes de la peste" (22).

Asimismo en numerosas narraciones domina la imagen de la acumulación de cadáveres. Durante la cábira de 1832, Chateaubriand cuenta la peste de 1720 en Marsella y menciona "las encrucijadas donde el pavimento estaba cubierto de enfermos y moribundos tendidos sobre colchones y abandonados sin asistencia. Los cuerpos estaban tendidos a medio podrir con vestimentas viejas cubiertas de barro; otros permanecían de pie apoyados contra las murallas en la posición en la que habían muerto" (23).

El espacio social es turbado por la cantidad de muertes. El tiempo también estalla: la acción de la peste es de una rapidez fulminante y la muerte ineludible. Boccaccio describe en el Decamerón la peste negra de Florencia que comenzó en Messina en 1347: "Cuántos hombres vigorosos, cuántas damas bellas, cuántos jóvenes bellos que Galeno, Hipócrates o Esculapio habrían juzgado plenos de salud cenaban a la mañana con sus padres, sus compañeros, sus amigos, pero al caer la tarde iban a cenar en el otro mundo con sus antepasados" (24).

Para el poeta isabelino Thomas Nasha, que además murió de la peste, el encadenamiento de la enfermedad a la muerte es también seguro:

"Rich men, trust not in wealth,
Gold cannot buy your health;
Physic himself must fade,
All things to end are made.
The plague full sift goes by.
I am sick, I must die.

Lord, have mercy on us!" (25)*

* Hombres ricos, no confiéis en la riqueza; el oro no puede comprar vuestra salud; el físico mismo debe decaer; todas las cosas están hechas para terminar. Señor, ten misericordia de nosotros!"

La plaga pasa velozmente; Estoy enfermo, debo morir.

)

))

)

Y en el siglo XVII, Samuel Pepys escribe aún: "La ciudad deviene tan malsana que no se puede contar más que con dos días de vida" (26).

Cuando la peste está en el lugar, es muy tarde: no se puede más que huir. La ciudad se vacía de vivientes, y en primer lugar de sus ricos y de sus poderosos. Este fenómeno se encuentra aún en 1832, durante la cólera que se abatió sobre París. Louis Blanc escribe: "La mayor parte de las personas ricas huyeron, los diputados huyeron, los pares de Francia huyeron" (27). La sociedad amenaza derrumbarse, las normas son abolidas. La peste se acompañó con saqueos, bacanales y tumultos.

Chateaubriand y otros cuentan como en 1832, se brinda por la salud de la cólera: "Vi borrachos en la barrera sentados delante de la puerta del cabaret, bebiendo sobre una pequeña mesa de madera y diciendo al elevar sus vasos: Salud, Morbus, Morbus, reconociéndolos, acudió y cayeron muertos bajo la mesa" (28). Pero la burla es también tentativa de exorcismo: es necesario familiarizar el miedo y en ausencia de otros recursos, obrar con astucia con el mal, disputarle el espacio que quiere apropiarse, arrancarle sus víctimas, en primer lugar los pobres. Ya que son ellos sobre todo los que siempre mueren. No es sorprendente que la burla y el pánico se transformen fácilmente en cólera: se sospecha de los judíos en la Edad Media, generalmente aún de los extranjeros. Las explosiones de violencia se suceden: se saquea, se mata. En el siglo XIX, se vuelven contra los ricos y los médicos acusados de envenenar al pueblo. Estas reacciones colectivas de las que dan cuenta los testimonios sugieren que al lado de lo ineludible de la muerte y la resignación individual la epidemia, amenazando el orden social, revela las relaciones sociales.

Sin embargo desde la antigüedad, los nombres intentan luchar. Contra un enemigo tan temible, se recurre simultáneamente a todos los medios. En el mundo antiguo los sacrificios a los Dioses van a la par con las tentativas de desinfección y de mantenimiento de la higiene pública. Cuando reapareció la peste en Europa en el siglo XIV en un mundo dominado por la Iglesia y la fe cristiana, la enfermedad apareció como la prueba enviada a los hombres por la cólera de Dios... Misas, invocación a los santos protectores como San Roque y San Se-

bastián, penitencias y peregrinajes, se imponen pues entre los recursos más poderosos: culminan en el extraño paroxismo de los Flagelantes que, durante varios años acompañan la peste negra, recorren Europa. La piedad y el acudir a Dios no impiden además practicar las más extrañas supersticiones. Daniel Defoë, por ejemplo, enumera para Londres en 1665 los diversos talismanes y amuletos a los cuales recurre la población. Pero, paralelamente aparece la lucha colectiva de la medicina y de la higiene, respaldada por la autoridad pública. Esta empresa llevará siglos: en un principio es necesario intentar conocer el mal y aislarlo. A partir de 1377, Ragusa impuso una cuarentena a los navíos. Venecia, luego Marsella, luego todos los puertos lo imitaron. Cuando el reflejo inmediato, el de la huida, concurre a la difusión de la plaga, se descubre que es necesario, por el contrario, encerrar los enfermos y cortar los lazos con ellos. Pero antes, es necesario conocerlos. A lo largo de los siglos se desarrollaron los procedimientos de peritajes y encuestas a partir de los primeros casos de modo que para los viajeros, los certificados y patentes de salud son necesarios para su entrada en una ciudad o en un puerto, garantizando a los habitantes que no llevaban la infección. En seguida, cuando la peste se instala, se los aísla: se cierran las casas donde reina la enfermedad secuestrando a los enfermos y sus familias; se impone la cuarentena a los navíos y a toda persona que haya estado en contacto con apestados, se construyen lazaretos.

Esta acción nos sorprende en primer lugar por su carácter autoritario. Por todos lados se crearon fuerzas policiales encargadas de hacer respetar los reglamentos y a partir del siglo XV se otorgó a las agencias y autoridades de salud poderes dictatoriales. Nos sorprende también por su carácter global: es una política de salud global que poco a poco se desarrolló en Europa contra la peste y de la cual nuestras políticas e instituciones sanitarias actuales llevan aún la marca. Adquiere poco a poco un carácter internacional. En el siglo XVII las ciudades y los Estados se advertían unos a otros el peligro de la peste. La epidemia fue finalmente vencida en escala continental. A fines del siglo XVII la peste fue eliminada de Europa. En el siglo XIX el cólera va a revivir la temática de la epidemia en las

)

))

)

concepciones colectivas; sin embargo, estamos en el fin de una configuración del mal: la resignación dio lugar a la acción.

Durante la epidemia, ¿cuál es la experiencia de los enfermos? ¿Qué sentimientos los dominan? ¿Qué imágenes tienen de su mal? De hecho, sabemos pocas cosas de esto: invadidos por un mal fulminante, no tenían oportunidad de llevar el diario o el "livre de raison" que deseaban descubrir ciertos historiadores. Además, su entorno no se prestaba casi a observarlos o a escucharlos: las descripciones de la peste se centraban en la masa de los cadáveres o en el espacio urbano turbado, y no en el enfermo individual. Además, aterrorizado, cada uno se esfuerza en huir de ellos. Discursos elocuentes sobre este punto: "Tal terror había entrado en los corazones, tanto en los hombres como en las mujeres, que el hermano abandonaba su hermano, el tío su sobrino, la hermana su hermano y frecuentemente la esposa su marido. Y lo que es más sorprendente y casi increíble los padres y las madres rechazaban ver y curar a sus niños como si estos ya no les pertenecieran (29).

El enfermo es pues un condenado dominado por un mal extranjero, un destino que sufre en su brutalidad y su carácter irremediable. Frente al horror de ese destino, la lucha individual no es sólo ineficaz sino también insensata: el enfermo no puede más que esperar la muerte. Sucede incluso que él mismo la llama. Encontramos de ello un ejemplo particularmente sorprendente, no a propósito de la peste, pero sí en el caso de otra enfermedad de otros tiempos, también fuertemente connotada sobre el plano simbólico: la rabia. A principios del siglo XVII un burgués de París, Pierre de l'Estoile relata varias veces en su diario casos de rabia. Esta afección, más que cualquier otra quizás, era concebida como la espera trágica e irreversible del destino. El individuo sobre el cual se abatía estaba en lo sucesivo completamente alienado, separado de sí mismo como de sus familiares, sin porvenir a raíz de que la rabia, se pensaba, transformaba al hombre en animal. Frente a esta amenaza se asociaba a los rabiosos. El carácter ineludible de este fin se imponía a todos, incluso al enfermo mismo. A veces aún antes de que los síntomas del mal se declararan, el enfermo demanda la muerte. Pierre de l'Estoile cita el caso de un paje que, mordido por un perro rabioso, "rogaba a aquéllos que lo acompañaban, que lo asfixiaran lo más dulce-

mente posible: lo que hicieron llorando y con gran pesar" (30).

Durante siglos en el occidente cristiano, esta antigua noción de una enfermedad-destino se funda con la concepción religiosa del mal: la voluntad divina es dueña del destino del hombre, Dios le envía la enfermedad por sus pecados, con motivo de su naturaleza pecadora; ello es advertencia y castigo. Es en estos términos que Pascal se expresa en su célebre "Prière pour le bon usage de la maladie" compuesto en 1654 cuando él mismo estaba enfermo: "Me has dado la salud para servirte y yo hice un uso profano de ella. Ahora me envías la enfermedad para corregirme: no permitas que yo use de ella para irritaros por mi impaciencia. Usé mal de mi salud, y me has justamente castigado; no permitas que use mal vuestro castigo" (31).

Pero Pascal no sólo acepta el castigo: él lo demanda como si fuera también el remedio de su mal verdadero: el del alma. El pecador se convierte en penitente y el mal del cuerpo es mediación de la redención: "Hazme conocer bien que los males del cuerpo no son otra cosa que el castigo y la figura juntas del mal del alma. Pero Señor haz también que ellos sean el remedio haciéndome considerar, en los dolores que yo siento, el que yo no sentía en mi alma, ya que toda enfermedad está llena de úlceras (. . .). Házmetos sentir vivamente y que los que me queda de vida sea una penitencia continua para lavar las ofensas que yo cometí" (32). Es en la sumisión total a la voluntad divina que entrevé la salud.

Tanto en los hombres como en las mujeres, tanto en los burgueses como en los grandes, en los escritos edificantes y también en los testimonios menos afectados, encontramos, a lo largo de los años, las mismas palabras y las mismas frases a través de las cuales expresaban su mal e intentaban darle una respuesta. Esta permanencia misma, este carácter casi ritualizado de la expresión, impiden al lector de hoy apreciar todo su sentido. La sensibilidad moderna no siempre percibe claramente qué temores, qué esperanzas, qué esperas expresan o esconden estas expresiones para nuestros estereotipos. Los historiadores nos enseñaron que las emociones, los sentimientos tuvieron también una historia y aquello que, para nosotros, no es más que una fórmula, puede constituir la forma colectiva que tuvo, en una época, la sexualidad más

)

))

)

íntima. Sin embargo sabemos también que la fe en la edad clásica y más aún la de las épocas anteriores era a veces rutinaria y negligente, en los pobres y en los campos sobre todo. Los testimonios muestran —y además los pánicos y las bacanales de la epidemia lo muestran— que existía en muchos un intenso miedo a la muerte y el deseo de no pensar en ella: la concepción cristiana de la muerte tuvo sin duda, según las circunstancias y el medio una acogida muy desigual.

Es sin embargo la principal forma que orienta las concepciones colectivas y modela la experiencia individual. Además, el recurso a la iglesia calma también la impaciencia ya que, contra la enfermedad, toda acción humana es ineficaz. Los médicos mismos acuerdan con esto: el tratamiento médico debe "comenzar por la purificación de nuestras almas" (33) escribe, en el siglo XVII el médico de Rouen David Jouyssa. Pero sobre todo la visión religiosa responde a la búsqueda de sentido. En una época donde "morir bien" es la preocupación más grande, la visión cristiana otorga a la enfermedad una función positiva de advertencia y redención.

Esta concepción tuvo sin duda su apoteosis en Francia, en lo que el historiador Michel Vovelle llamó el "gran ceremonial" de la muerte en la edad clásica (34). En este ritual colectivo, donde se expresa una visión del mundo correlativa a una visión del mal, se trasciende la impotencia humana. El moribundo, al que no se le oculta nada de su estado, es el primer actor del gran espectáculo de su muerte. Dominando sus sentimientos y su debilidad, sabe según qué etiqueta estricta y por qué camino preciso debe pasar del adiós a los sobrevivientes a los ejercicios espirituales que lo preparan para encontrarse con Dios. Paralelamente, el sentido del mal

se revela: la separación atroz con este mundo es transformada, a los ojos de todos, en un feliz retorno a Dios. Michel Vovelle nos hace seguir paso a paso la muerte de un cierto número de grandes de este mundo en la edad clásica —en particular la de Ana de Austria— y sin duda tenemos el sentimiento de que tales rituales, una tal puesta en escena colectiva de los sentimientos, de las emociones individuales eran bien asumidas por los reyes y los príncipes, en los que la vida entera era un espectáculo. Sin embargo en el otro extremo de la escala social, Michel Vovelle nos hace también asistir a la muerte de Catherine, "hija pobre de Nivelles", víctima de la peste en 1633. Catherine reconoce que está enferma, el narrador cuenta que "no se perturbó demasiado a pesar de que sabía que estaba condenada" (35). Decide entonces ir al cementerio para morir y ser enterrada allí. En el camino, improvisó un ritual casi idéntico al observado durante la muerte de un príncipe. Ella organiza su muerte, se despidió, reza y se confiesa frente a una asistencia admirada: "Luego de haberse confesado, recibió arrodillada la Extremaunción (. . .) levantó su pequeño equipaje para encaminarse a Gontal (así se llama el cementerio), acompañada de su hermana, que la ayudó caritativamente hasta la muerte. Al partir, encargó a una compañera hacer decir la misa en la iglesia principal en honor a Santa Gertrudis, para la paz de su alma y cuerpo; tomó en una mano la vela bendita, y el agua bendita en la otra, como una virgen prudente yendo a encontrar a su esposo (. . .). Caminando por la calle, dió el primer adiós a algunos vecinos, pidiéndoles perdón por el mal ejemplo que les había dado. Cuando le preguntaron donde iba, dijo: "Me voy, al Paraíso, si Dios lo desea. Confío en su misericordia" (36).

3. LOS PROCESOS DE LA CONSTRUCCION SOCIAL DEL STATUS DE ENFERMO

Desarrollamos tan extensamente este análisis para permitirnos comprender mejor de qué manera las concepciones de la enfermedad y del enfermo se afirman en la conjunción de un cierto estado de la patología, de los valores y visiones del mundo dominantes en una sociedad, de los conocimientos médicos y de su eficacia, en fin del sistema institucional que se hace cargo de la enfermedad. Pero medimos de

este modo la relatividad de lo que llamamos hoy en día "un enfermo" y podemos entonces considerar de qué manera se construyó socialmente el enfermo de hoy. En efecto, durante todos los siglos dominados por la epidemia y regulados por la visión religiosa del mal, vemos numerosos moribundos y muertos, pero no es seguro que veamos ya lo que nosotros llamamos hoy "enfermos". Durante siglos, la enfermedad

es ante todo el preludio de muertes colectivas, la causa del desorden social, el signo y el castigo del pecado. Pero no es, como devino la enfermedad moderna, el fundamento de un modo de vida y de integración social particular.

Por supuesto existieron otras enfermedades además de las epidemias: enfermedades individuales de las que no se muere de golpe y con las cuales es necesario vivir. La enfermedad de la piedra con la cual Montaigne nos entretiene largamente en sus "Ensayos" es un buen ejemplo de esto. Asimismo es necesario recordar la multiplicidad de dolencias y discapacidades que azotaron una humanidad la mayor parte de las veces sufriente. La importancia de las peregrinaciones donde los enfermos prestaban testimonio. Pero estos males e infecciones no tenían la importancia simbólica de la epidemia y no estructuraban la imagen de la "enfermedad". Ellas describían una figura del "hombre enfermo", consustancial con la naturaleza humana, no enunciaban un status específico.

En la visión religiosa del mal, su cambio, lo que se describe es un pecador, un penitente, y un moribundo, más que un "enfermo" en el cual la noción está, en su carácter puramente transitorio, desprovista de verdadera importancia. Pero el saber médico, durante mucho tiempo, no participó tampoco en la construcción de la noción de enfermo tal como la comprendemos hoy. Sin duda se pudo decir que hasta fines del siglo XVII, la medicina se preocupó más por el hombre sufriente que luego del desarrollo de la medicina clínica. Hasta Sydenham al menos la concepción médica del mal es particularizante: existe un lazo indisoluble entre la persona y su mal. Pero esta presencia del hombre sufriente en la cosmología médica (37) no va necesariamente junto con la existencia de lo que llamamos hoy el "status del enfermo".

Para que apareciera lo que llamamos hoy el enfermo, numerosos elementos jugaron un rol y fueron puestos progresivamente en su lugar. Primero fue necesario que la enfermedad dejara de ser un fenómeno de masa y que constituyera una forma de vida más que una forma de muerte. Luego la medicina debió ser capaz de intervenir eficazmente sobre la enfermedad y de sustituir la visión y respuesta religiosa. Finalmente, por intermedio del desarrollo de las leyes sociales, las nociones de enfermedad y salud se encontraron ligadas al trabajo, y el enfermo se definió por su lugar en el proceso de producc-

ción. Los dos primeros elementos muestran que la enfermedad se individualiza y pierde su carácter colectivo. Pero, por su relación con el trabajo y bajo la respuesta médica, la enfermedad se convierte simultáneamente para el individuo en condición social y nueva estructuración de sus relaciones con lo que llamamos la sociedad.

La mayor parte de estas evoluciones tuvieron lugar a lo largo del siglo XIX. Particularmente, la percepción de la enfermedad como una condición individual, asociada con un modo de vida específico, durante un período eventualmente largo, nos parece correlativa con la afición que durante un siglo, luego de la epidemia, cristalizó las angustias colectivas: la tuberculosis.

Si bien la tuberculosis mata masivamente no ocasiona como la epidemia la muerte colectiva y brutal en la cual el hombre se hunde. Se muere individual y bastante lentamente de tuberculosis: ella deja percibir al enfermo, su condición, la imagen que tiene de sí mismo, y la que los otros tienen de él. Además, por su duración, la enfermedad se convierte en una forma de vida más que una forma de muerte. La "cura", el viaje, la estadía en el sanatorio, que constituyeron durante tanto tiempo los únicos tratamientos verdaderos de la tuberculosis, dan al enfermo un status específico: la figura del enfermo no es más que un valor existencial, se define por un modo de vida y un lugar en la sociedad.

A fines del siglo XVIII, al mismo tiempo que el dominio de la Iglesia sobre la sociedad disminuye lentamente, las ideas de pecado y redención pierden su impacto. El sentimiento de la muerte también se transforma y el terror que provoca no puede ya ser contenido por el ritual religioso. El enfermo no puede seguir siendo reducido a la figura del penitente. Cuando en el siglo XIX se desarrolla la creencia en la ciencia y se opera, acompañado o no de eficacia, el ascenso de la intervención médica, el médico y el enfermo dejan de sentirse dominados por la voluntad divina. Se piensan enfrentados a procesos orgánicos que pueden ser conocidos y regulados. Como dijo Foucault: "La enfermedad se aparta de la metafísica del mal a la cual durante siglos estuvo emparentada" (38).

La enfermedad se encarna en estados de cuerpos legibles para la ciencia. Con la clínica, la concepción religiosa del mal desapareció

definitivamente: los síntomas permiten leer la naturaleza de la enfermedad y son organizados en un saber sistemático. Debido a esta nueva racionalidad comienza también a aparecer la homogeneidad del status de enfermo que resulta idéntico a pesar de las diferentes formas de padecimientos. La diversidad de los males reenvía a un lugar constante en la sociedad. Paralelamente, la resignación se borra frente al deseo de vivir a cualquier costo y aparece la creencia de que la medicina pueda algo. La medicina ocupa sobre todo el lugar del padre y de la religiosa para tratar a los enfermos. Además, ser enfermo y recurrir al tratamiento médico se convierten en sinónimos.

A partir del siglo XIX la enfermedad adquiere también su sentido con relación al trabajo. Con el desarrollo industrial y el asalariamiento que lo acompaña, se impone la necesidad de tener una mano de obra que responda a las exigencias de la producción. La salud se asimila a la capacidad de trabajo y la enfermedad a la incapacidad. En tal contexto importa pues encontrar los medios de conservar y restaurar la salud cuando es amenazada. Es la concepción que impulsa en Francia, a partir de la Tercera República, el desarrollo de las leyes sociales: indemnización en caso de accidentes de trabajo, asistencia a los desocupados y seguros sociales de enfermedad. Un desarrollo del mismo orden tuvo lugar, pero de una manera más precoz, en la mayoría de los países occidentales. Desde entonces, todo asalariado con motivo de su actividad profesional es un "asegurado" que, en caso de enfermedad, tiene acceso a las atenciones médicas y derecho a dejar de trabajar. A su vez, la enfermedad misma es transformada: se inscribe en nuevos lazos con la colectividad y el enfermo aparece como un personaje nuevo sobre la escena social. Las transformaciones de la patología, como lo muestran la tuberculosis y más aún la enfermedad crónica de hoy, contribuyeron a la emergencia de una figura

individualizada del enfermo. En lo sucesivo, se le reconoció un status de individuo inactivo liberado de los deberes de la producción y aceptado como tal. Nuevos derechos y deberes así como un modo de relación original con el conjunto social van a definirse.

Las concepciones profanas actuales de la enfermedad, la imagen que en nuestros días el enfermo tiene de sí mismo y la que se tiene de él se estructuran alrededor de estos elementos y están profundamente arraigadas en esta realidad social (39). Hoy, para todos nosotros, ser enfermo es una condición individual pero no se piensa fuera de las relaciones que se mantienen no sólo con la medicina y los médicos, sino también con la familia, el entorno, el trabajo y las diferentes instituciones sociales. La concepción del enfermo sobre su enfermedad es también concepción de su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto. A través del discurso sobre la enfermedad se expresa un discurso sobre la sociedad entera.

Evaluamos pues el reduccionismo que existe al tratar las concepciones profanas esencialmente en sus relaciones con las concepciones médicas, consideradas como esquema de referencia único y obligado, y al no considerar la figura del enfermo sólo en su relación con el médico. Nuestro estudio nos muestra hasta qué punto el enfermo puede ser situado en contextos muy diversos y cómo la experiencia de la enfermedad puede tener otros contenidos. Ahora bien, el pasado se extiende siempre en el presente y no es necesario pues limitarnos a analizar una realidad sólo en sus condiciones actuales. Además, si la enfermedad está hoy de hecho entre las manos de la medicina, sigue siendo, en su realidad y en la imagen que se forma de ella, un fenómeno que la desborda en todas direcciones. A su vez la medicina como saber, como práctica y como institución, no es independiente del discurso colectivo de una época y de su estructura social.

REFERENCIAS

1. New-York, Columbia University Press, 1954.
2. New-York, Russet Sage, 1961.
3. Por ejemplo D'Apple, "How laymen define illness", *Journal of Health and Human Behaviour*, 1960, 1, 219-26 et B. Saumane "Diversities in conceptions of health and physical fitness", *Journal of Health and Human Behaviour*, 1961, 2, 39-46.
4. Por ejemplo, E. Berkanovic "Lay conceptions of the sick role", *Social Forces* 1972, 51, 53-64.
5. R. Pitt, N.C.H. Scott, "Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class workers", *Social Science and Medicine*, 1982, 16, 43-52; M. Blaxter, "The cause of disease women talking", *Social Science and Medicine*, 1983, 17, 89-99.
6. Por ejemplo, M. F. Sudy et F. H. N. Wood, "Problems of communication in chronic illness", *International Rehabilitation Medicine*, 1979, 1, 130-134.
7. Por ejemplo E. J. Casal "Disease as it", *Social Science and Medicine*, 1976, 10, 143-48; L. Eisenberg, "Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness", *Culture, Medicine and Psychiatry* 1977, 1, 9-23; C. G. Helman "Feed a cold, starve a fever", *Culture, Medicine and psychiatry*, 1978, 2, 107-137.
8. Cf. H. Fabrega, *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*, Cambridge M.I.T. Press 1974; A. Kleinman *Patients and Healer in the context of culture*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press 1980.
9. Por ejemplo, Strimmon, B. Webb, *Going to see the Doctor* London, Routled and Kegan Paul, 1975; M. Wedswarth, O. Robinson (eds), *Studies in everyday medical life*, London, Martin Robinson, 1976.
10. La peste negra en la Edad Media ocasionó la muerte de un cuarto de la población europea.
11. S. Stontag, *Illness as metaphor* New-York, Farrar, Straus & Giroux 1977.
12. M. Augé, Cf. Hazzlich, *Le sens du mal*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, 1963.
13. M. Blaxter op. cit., p. 59.
14. No consideramos aquí los matices que separan estas diversas nociones, y que sería necesario analizar.
15. M. Godellier, *La production des grands hommes*, Paris, Fayard, 1982, p. 347.
16. P. Berger, Th. Luckmann, *The social construction of reality* Doubleday, 1966.
17. Este artículo resume la problemática así como ciertas partes de un libro que apareció en 1984, en las Ediciones Payot.
18. Para la época actual, nuestro material se compone de más de 200 entrevistas realizadas entre 1980 y 1982 a enfermos con afecciones diversas.
19. S. Payot, *Journal* (1960-1968), Traducción, Paris, Edition Gallimard, p. 83.
20. Op. cit. p. 189.
21. Op. cit. p. 189.
22. Op. cit. p. 187.
23. Chateaubriand, *Les Mémoires d'Outre-Tombe*, Editions de la Pléiade p. 533.
24. Boccaccio, *Le Décaméron*, Club Français du Livre 1963, p. 17.
25. Thomas Nashe (1567-1601), extracto de *Intimate of penitence*. Agradecemos a Michred Blaxter por habernos hecho conocer este poema.
26. Op. cit. p. 189.
27. Citado por R. Sestrel, "La haine de classe en temps d'épidémie", *Annales économiques sociales, civilisations*, 1952, 7, n° 3, p. 354.
28. Op. cit. p. 536.
29. Op. cit. p. 13.
30. *Journal de l'Étoile pour le règne de Henri IV, 1601-1609*, Paris, Gallimard, [p. 130].
31. *Poème pour le bon usage des maladies*, Editions A l'Enfant Poète, Paris, 1946, p. 110.
32. Op. cit. p. 114.
33. Citado por J. N. Straban, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens* Paris, La Haye, Mouton, 1976, tome 2, p. 83.
34. M. Vovelle, *Mourir au XVIIe et XVIIIe siècles*, Paris, Gallimard-Julliard, 1974.
35. Op. cit. p. 101.
36. Op. cit. p. 101.
37. Cf. N. O. Jewson, "The disparition of the sickman from medical cosmology", *Sociology*, 1976, 10, n° 2 pp. 225-244.
38. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, P.U.F., 1963, p. 189.
39. La tercera parte de nuestra obra trata del enfermo moderno y, en particular, de su evolución a lo largo de los veinte últimos años. Es imposible abordar este aspecto en el marco de este artículo.

ARGUMENTO

Este apartado recoge cinco temas nucleares: la salud y sus determinantes; la investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual; la necesidad de una epidemiología ecológica; la ciudad saludable, función y futuro, y las teorías del estrés como discurso ideológico.

La salud y sus determinantes*

L. Salleras Sanmartí
Universidad de Barcelona

Introducción

En su concepto actual, la Salud Pública comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas a la promoción (fomento y protección) y restauración de la salud de la población. Se trata de los esfuerzos organizados de la comunidad para incrementar y defender la salud de sus habitantes y para restaurarla cuando se ha perdido.¹

Si el objetivo de la Salud Pública es la promoción y restauración de la salud, parece lógico que cualquier análisis doctrinal de dicha disciplina vaya precedido del análisis del concepto y de los determinantes de la salud.

Concepto de salud

Casi todo el mundo sabe lo que representa la enfermedad por haberla experimentado o sufrido durante algún momento de su vida. Las dificultades empiezan cuando hay que definir la salud.

Concepto clásico de salud

Durante mucho tiempo, la salud ha sido definida en términos negativos: Salud sería la ausencia de enfermedades e invalideces.² En la actualidad, todo el mundo está de acuerdo en que esta definición no corresponde a la realidad y

* Estudio entregado para su publicación en septiembre de 1988.



no es operativa por tres razones principales: En primer lugar porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar el límite o la línea divisoria entre lo normal y lo patológico y ello no es siempre posible. En segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que ha sido considerado como normal en un momento dado puede que no lo sea en una época posterior. Por último porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. La salud no es la ausencia de enfermedades e invalideces, de la misma forma que la riqueza no es la ausencia de pobreza, ni la paz la ausencia de guerra.¹

Definición de la OMS

La OMS, en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946), definió la salud como «El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».^{3,4}

Esta definición marcó un hito en su momento, pero hay que reconocer que, junto a aspectos muy positivos e innovadores, presenta también aspectos negativos o criticables.^{1,2,6-8}

Entre los aspectos innovadores están los siguientes:

Por primera vez se define la salud en términos afirmativos o positivos. Se considera la salud no sólo como la ausencia de enfermedades e invalideces, sino como un estado óptimo positivo que se sintetiza en la frase «completo bienestar», el cual se equipara con la salud.

No sólo se refiere al área física del ser

humano, sino que, por primera vez, se incluyen las áreas mental y social. Según la nueva concepción, un hombre sano es aquel que puede mantener un «estado de completo bienestar», no sólo en su soma, sino también en su mente y en su vida de relación.

Entre los aspectos negativos o criticables de la definición de la OMS, son de destacar los siguientes:

Equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es verdad. Es indudable que un drogadicto se siente bien, le desaparecen las molestias y experimenta una sensación de bienestar en la fase de administración de la droga, pero es también indudable que este bienestar no es equiparable a la salud.

Se trata más de un deseo que de una realidad. Más que una definición es una declaración de principios y objetivos ya que «un completo bienestar físico, mental y social» es difícilmente alcanzable hoy en día, ni por individuos ni por grupos y colectividades.

Es una definición «estática», ya que sólo considera como personas con salud a las que gozan de un completo bienestar físico, mental y social. La salud positiva es dinámica y no estática, existiendo diferentes grados de salud positiva.

Es una definición «subjetiva», pues no habla del aspecto objetivo (capacidad de funcionar) de la salud.

Concepto de Terris

Muchos autores, entre ellos Terris,⁶ no están de acuerdo con la definición de la OMS a la que consideran utópica, estática y subjetiva. Según Terris, debería eliminarse la palabra «completo» de la definición de la OMS, ya que la salud, como la enfermedad, no es un absoluto. Hay distintos grados de salud, como hay distintos grados de enfermedad. Esto queda muy claro en el gráfico 1 tomado de Terris.

GRÁFICO 1. El continuo salud-enfermedad

| Salud | | | Enfermedad | | |
|-------|----|---|------------|----|-----|
| +++ | ++ | + | - | -- | --- |

Fuente: Terris, M.⁶

Además, para Terris, la salud tiene dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es el bienestar (sentirse bien en diferentes grados). El aspecto objetivo es la capacidad de funcionar (funcionamiento en diferentes grados).

La enfermedad tiene también dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo es el malestar (sentirse mal en diferentes grados). El aspecto objetivo es el que afecta a la capacidad de funcionar (limitación del funcionamiento en diferentes grados).

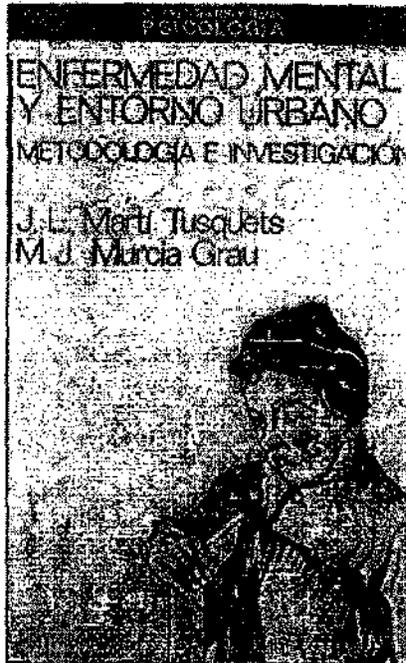
En el gráfico 2 se ilustra la correlación de estos dos aspectos, subjetivo y objetivo, con la salud y la enfermedad.

Siguiendo esta línea de razonamiento, Terris propone modificar la definición de la OMS y definir la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Esta definición de Terris es operativa, ya que, para la mayoría de personas, estar en buena salud es equivalente a la suma de «bienestar» (sentirse bien, estar bien, no tener molestias ni sufrimientos) y «capacidad de funcionar» (poder trabajar si son adultos, o estudiar si son jóvenes y poder relacionarse normalmente con sus semejantes, gozando de las satisfacciones que proporciona la vida en la comunidad).

El único inconveniente de la definición de Terris, y en general de todas las definiciones, es que es posible la presencia conjunta de salud (bienestar en diferentes grados y capacidad de funcionamiento en diferentes grados) y ciertas enfermedades o afecciones en fase precoz que no producen síntomas (no dan malestar), ni limitan la capacidad de funcionamiento. Tal es el caso de la tuberculosis pulmonar asintomática descubierta en un examen rutinario de foto-seriación en un asilo de ancianos o de un cáncer de cuello de útero en fase presintomática descubierta en un examen ginecológico rutinario mediante la citología vaginal. Lo mismo podría decirse de la arteriosclerosis asintomática.¹

De todas formas, la definición de Terris supone un avance en el análisis conceptual de la salud, con la ventaja adicional de que se trata de una definición operativa.

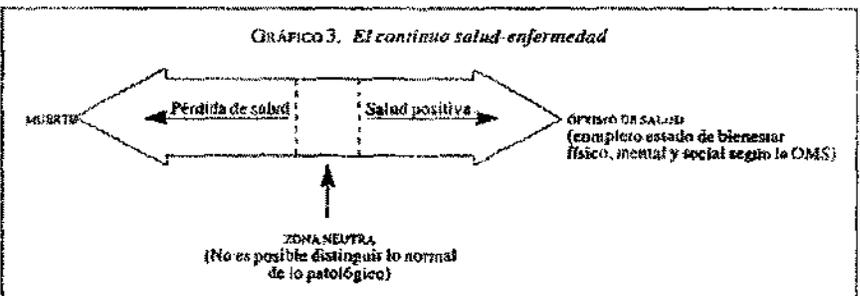
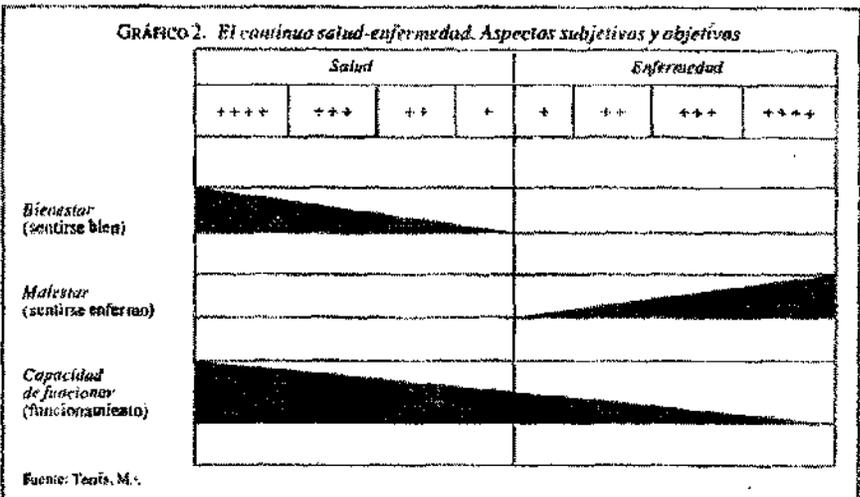


Concepto dinámico de la salud

Para comprender la definición dinámica de la salud es de mucha utilidad el gráfico 3. En este gráfico, que es aplicable tanto a los individuos como a las colectividades, se observa cómo la

salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el *óptimo de salud* (completo estado de bienestar, según la OMS) por un lado, y la *muerte* por el otro. En este continuo, existe una *zona neutra* no bien definida, que en el gráfico se ha señalado con dos líneas de puntos. Significa que la separación de la salud y la enfermedad no es absoluta, ya que muchas veces no es posible distinguir lo normal de lo patológico.²

Es de destacar que a uno de los extremos del continuo, la muerte, se llega en todos los casos por imperativos biológicos, mientras que el otro, el estado óptimo de salud, se alcanza muy raramente. Entre la zona neutra y los extremos existen diferentes grados de pérdida de salud (enfermedad) y de salud positiva. La salud y la enfermedad no son pues estáticas sino dinámicas, existiendo diferentes niveles de salud positiva y enfermedad.^{1,7}



En Salud Pública, y en términos operativos, es más útil el gráfico 4. Como que la muerte no es evitable y el óptimo de salud es difícilmente alcanzable, es mejor sustituir estos términos por «muerte prematura» y «elevado nivel de bienestar y de capacidad de funcionar» ya que las muertes prematuras son, a menudo, prevenibles y en los grados altos de salud positiva se puede alcanzar un elevado nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionar.^{17,8}

En el mismo gráfico también se destaca que, tanto la salud como la enfermedad se ven considerablemente influenciadas por los factores sociales. El que se alcance un elevado nivel de salud o se produzca la muerte prematura está muy relacionado con las condiciones sociales en que vive inmerso el individuo y la colectividad.¹⁰⁻²¹

En este contexto y salvando las consideraciones efectuadas anteriormente en el sentido de que bienestar no siempre equivale a salud, se podría definir la salud, desde un punto de vista dinámico, como «el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad». En el bien entendido de que, en lo que concierne a las colectividades, ello no significa el abandono de la modificación de estos factores sociales, ya que la promoción de la modificación de los factores sociales ha sido siempre y lo sigue siendo en la actualidad uno de los objetivos más importantes de la Salud Pública.²²⁻²⁴

Este concepto positivo de salud es el que pretendió enfatizar Goll cuando definió a la salud como una forma de vivir «libre, gozosa y solidaria»,²⁵ es decir, sin signos ni síntomas de enfermedad, disfrutando de todas las posibilidades que ofrece la existencia y estableciendo una intensa relación social y de solidaridad con los semejantes.

Los determinantes de la salud

Mucho más útil que filosofar sobre el concepto de salud es analizar los determinantes o condicionantes de la salud y de la enfermedad en los individuos, grupos y colectividades.

Para ello, es necesario analizar los problemas de salud prevalentes y sus factores causales.

En los países occidentales desarrollados y también en nuestro país, las enfermedades predominantes en la actualidad son las enfermedades crónicas y los accidentes.

En la tabla 1 se observa cómo en España, en el año 1979, las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cán-

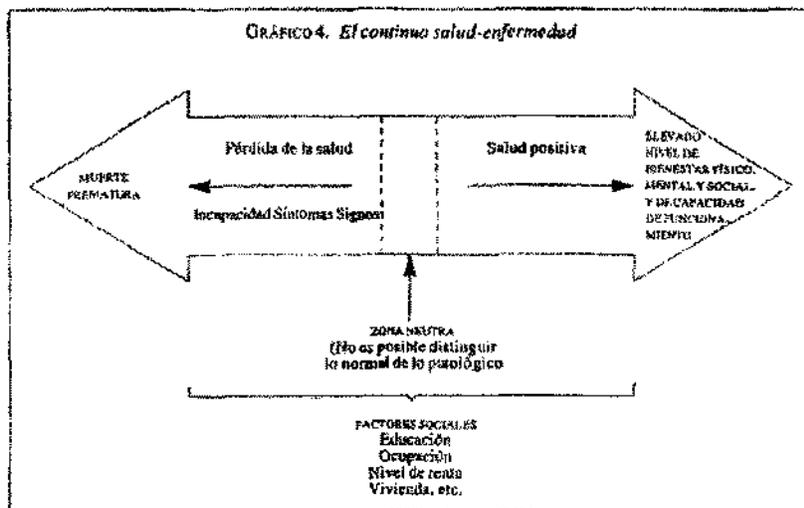
cer, enfermedades respiratorias crónicas, cirrosis hepática, diabetes mellitus, etc.) fueron la causa del 74 % del total de la mortalidad, y los accidentes, envenenamientos y violencias, del 5,5 %.

El Ministro de Sanidad de Canadá, M. Lalonde, analizó, en 1974, la cuestión de los determinantes de la salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en Salud Pública (gráfico 5).²⁶

TABLA 1. Causas de muerte en España 1979 (Ambos sexos)

| | Tasas por 100.000 hab. | Proporciones |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Enfermedades del aparato circulatorio (enfermedades cerebrovasculares) (cardiopatía coronaria) | 361,2 (133,2) (79,4) | 46,12 (17,00) (10,14) |
| 2. Tumores (cáncer de pulmón) | 153,7 (123,2) | 19,62 (2,96) |
| 3. Enfermedades del aparato respiratorio (influenza-neumonía; bronquitis, enfisema, asma) | 67,3 (27,2) (20,3) | 5,60 (3,43) (2,59) |
| 4. Accidentes, envenenamientos y violencias (accidentes de vehículos a motor) | 43,2 (17,7) | 5,52 (2,26) |
| 5. Enfermedades del aparato digestivo (cirrosis hepática) | 42,7 (22,4) | 5,46 (2,83) |
| 6. Enfermedades endocrinas de la nutrición y del metabolismo (diabetes mellitus) | 20,5 (18,7) | 2,62 (2,38) |
| Las demás causas | 94,6 | 12,06 |
| Todas las causas | 783,3 | 100 |

Fuente: Ministerio Nacional de la Población de España, 1979. Elaboración propia.



Según Lalonde, el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables:

La biología humana (genética, envejecimiento).

El medio ambiente (contaminación física, química, biológica y psicosocial y sociocultural).

El estilo de vida (conductas de salud).

El sistema de asistencia sanitaria.

De estas cuatro variables, una no se puede modificar apenas (la biología humana). Las otras tres sí son susceptibles de alteración.

En el gráfico 6 se presentan los principales factores contaminantes del medio ambiente, las principales conductas insanas de salud y los principales factores del sistema de asistencia sanitaria que influyen sobre la salud de la población.⁷ Todos estos factores son, por lo menos en teoría, modificables, y hacia ello deberían dirigirse de forma prioritaria las acciones de salud pública.

Es preciso señalar, no obstante, que todos estos factores están muy influenciados por *factores sociales*. Desde los albores de la salud pública moderna se conoce que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidas entre la población.¹⁰ También se sabe que esta desigual distribución obedece, en gran parte, a diferencias sociales y culturales entre los individuos, grupos y colectividades.¹¹⁻²¹

La escuela inglesa es la que más ha contribuido al estudio de las interrelaciones entre los factores socioeconómicos y la salud.¹⁴⁻¹⁹ En este país la clasificación de la población en cinco clases sociales en función del trabajo realizado data de hace más de setenta años (Stephenson, 1910).²⁰

En la tabla 2 se puede observar que en Inglaterra y Gales existen grandes diferencias en la mortalidad según la clase social y que estas diferencias se han mantenido prácticamente estables a lo largo del presente siglo, no habiendo sido influenciadas por los extraordinarios avances de la medicina que se han producido en los últimos cuarenta años.

Estas diferencias se observan también para las diferentes mortalidades específicas por edades y por causas. En la tabla 3 se pueden apreciar las importantes diferencias que se presentan en



Inglaterra y Gales en los diferentes indicadores de salud materno-infantil según la clase social.

En nuestro país, los estudios sobre estos temas son relativamente esca-

sos. Ello se debe a que los datos básicos disponibles de mortalidad según la profesión publicados por el Movimiento Natural de la Población a partir del año 1975 son de muy difícil análisis. De todas formas, los estudios efectuados analizando la influencia de los factores socioeconómicos y culturales sobre los indicadores de salud materno-infantil indican que las diferencias observadas en las tasas de estos indicadores a nivel provincial y regional son fundamentalmente sociales (gráfico 7).²⁸⁻³⁰

Todos estos hechos ponen claramente de manifiesto que sin el cambio y promoción social y el control de los factores sociales negativos será muy difícil que el Sistema de Salud Pública del país pueda modificar de forma positiva el nivel de salud de la comunidad.¹

En el gráfico 8 se representa en forma

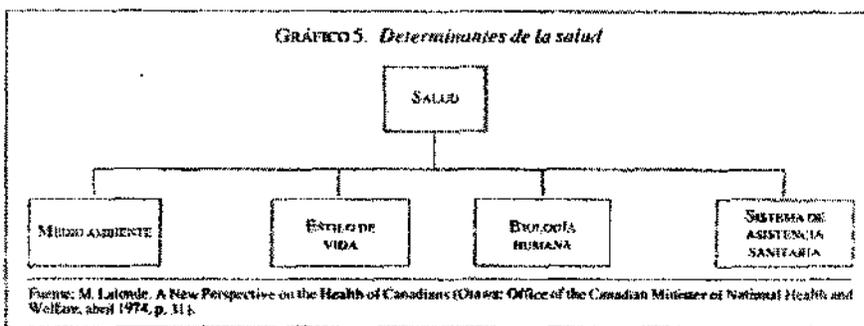


GRÁFICO 6. Determinantes de la salud

| | |
|---|---|
| <p>CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE</p> <p>Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:</p> <p>Biológica (bacterias, virus, protozoos, hongos, artrópodos, polen)</p> <p>Física (ruidos, radiaciones, polvo, humos, desechos sólidos o líquidos, etc.)</p> <p>Química (óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, hidrocarburos, mercurio, plomo, cadmio, plaguicidas, etc.)</p> <p>Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, promiscuidad sexual, estrés, competitividad, etc.)</p> <p>SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA</p> <p>Calidad</p> <p>Cobertura o acceso</p> <p>Cantidad</p> | <p>CONDUCTA INSANA</p> <p>Consumo de drogas institucionalizadas (tabaco, alcohol)</p> <p>Consumo de drogas no institucionalizadas</p> <p>Falta de ejercicio físico</p> <p>Situación de estrés</p> <p>Consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal</p> <p>Consumo excesivo de hidrocarburos</p> <p>Promiscuidad sexual</p> <p>Violencias</p> <p>Conducción peligrosa (exceso de velocidad, no usar el cinturón de seguridad, etc.)</p> <p>Hábitos reproductivos insanos</p> <p>Mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria</p> <p>No cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico</p> <p>BIOLOGÍA HUMANA</p> |
|---|---|

FACTORES SOCIALES

Elaboración propia. Referencia 25.

de sectores circulares la importancia relativa que cada una de las variables citadas tiene en el determinio de los niveles de la Salud Pública en Canadá, según datos publicados en el Informe Lalonde. Estas proporciones son consecuencia del análisis epidemiológico de los problemas de salud prevalentes en Canadá. La línea de puntos que separa el medio ambiente y el estilo de vida indica que los límites entre estos dos determinantes son imprecisos. Los factores sociales, en su más amplio sentido, están incluidos en el apartado «medio ambiente» en el Informe Lalonde.

En el gráfico 9 se observa que la distribución de los gastos del Sector Sanitario en Canadá no tiene en cuenta las prioridades marcadas por la epidemio-

logía. Los gastos de Asistencia Sanitaria son muy superiores a los que le corresponderían de acuerdo con la importancia relativa de este sector en el determinio de los niveles de la Salud Pública en Canadá. Con el medio ambiente y el estilo de vida ocurre al revés, siendo los gastos muy inferiores a lo que les correspondería de acuerdo con su importancia relativa.

Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos después de la aparición del Informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados. También han confirmado que la distribución de los recursos que estos países destinan al sector salud está extraordinariamente sesgada a favor de

la asistencia sanitaria, la cual se lleva la mayoría de los recursos.

En el estudio de Dever³¹ (tabla análisis epidemiológico de la mortalidad en Estados Unidos en el período 1974-1976 señaló que el factor importante era el estilo de vida (42) mientras que el sistema de asistencia sanitaria sólo contribuía en un 11³ al determinio del nivel de salud de los ciudadanos americanos. Cuando analiza la distribución de los recu-

Tabla 2. Mortalidad de los varones según la clase social Inglaterra y Gales 1911-1971¹

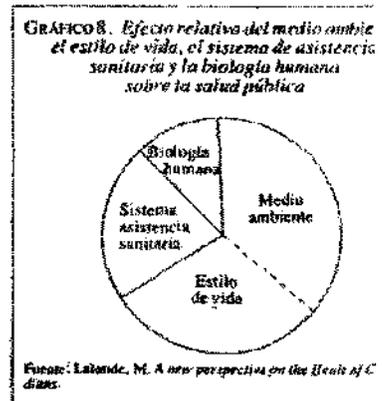
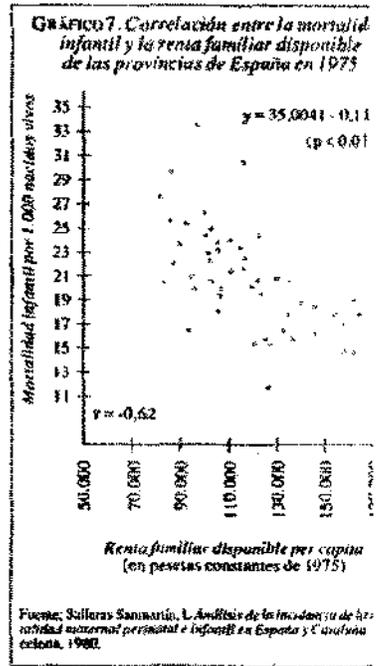
| Período cubierta | Clase social | | | | |
|----------------------|--------------|----|-----|-----|-----|
| | I | II | III | IV | V |
| 1910-12 ² | 88 | 94 | 96 | 93 | 142 |
| 1921-23 ² | 82 | 94 | 95 | 101 | 125 |
| 1930-32 ² | 90 | 94 | 97 | 102 | 111 |
| 1949-53 ³ | 98 | 86 | 101 | 94 | 118 |
| 1959-63 ³ | 76 | 81 | 100 | 103 | 143 |
| 1970-72 ³ | 77 | 81 | 104 | 114 | 137 |

1. Los datos cubren los grupos de edad de 15 a 20 a 64 a 65 años.
 2. CME (Comparative Mortality Figures).
 3. SMR (Standardized Mortality Ratio).
 Fuente: Office of Population Censuses and Surveys, Occupational mortality decennial supplement, 1970-72, England and Wales, Series DS n.º 1 H.M. S.O., Londres, 1979.

Tabla 3. Mortalidad maternal fetal e infantil en Inglaterra y Gales según la clase social 1970-72

| Clase social | Mortalidad maternal ^a | Mortalidad fetal ^a | | Mortalidad neonatal precoz ^a | | Mortalidad neonatal tardía ^a | | Mortalidad post-neonatal ^a | | Mortalidad infantil ^a | |
|------------------|----------------------------------|-------------------------------|------|---|------|---|-----|---------------------------------------|------|----------------------------------|------|
| | | V | H | V | H | V | H | V | H | V | H |
| I | 0,13 | 8,6 | 8,9 | 8,9 | 6,3 | 1,2 | 1,0 | 3,5 | 2,3 | 15,6 | 9,6 |
| II | 0,11 | 10,2 | 10,0 | 9,7 | 7,4 | 1,4 | 1,3 | 4,1 | 3,2 | 15,2 | 11,9 |
| III N | 0,13 | 11,4 | 11,5 | 10,7 | 7,6 | 1,5 | 1,3 | 4,6 | 3,1 | 16,9 | 12,0 |
| III M | 0,15 | 12,3 | 12,8 | 11,0 | 8,3 | 1,8 | 1,5 | 6,2 | 5,0 | 19,1 | 14,8 |
| IV | 0,19 | 12,7 | 13,4 | 12,7 | 9,1 | 2,0 | 1,8 | 7,3 | 6,0 | 22,0 | 16,9 |
| V | 0,23 | 17,2 | 17,3 | 17,1 | 12,6 | 3,4 | 2,4 | 14,6 | 11,6 | 34,7 | 26,7 |
| Todas las clases | 0,16 | 12,4 | 12,7 | 11,6 | 8,6 | 1,8 | 1,6 | 6,5 | 5,1 | 19,9 | 15,3 |

^a Tasa por 1.000 nacidos vivos.
^b Tasa por 1.000 nacidos vivos (vivos y muertos).
 Fuente: Office of Population Censuses and Surveys, Occupational Mortality Decennial Supplement, 1970-72, England and Wales, Series DS n.º 1 H.M. S.O., 1979.





federales destinados al sector salud se observa que la asistencia sanitaria se llevó en dicho año el 90,6 % de los recursos monetarios gastados mientras que sólo el 1,2 % se dedicaba a la educación sanitaria.

Estudios más profundos efectuados por el Center for Disease Control de Atlanta tomando como base del análisis las diez primeras causas de muerte en el año 1977, ponen de manifiesto que cuando se eliminan las muertes durante el primer año de vida (edad en la que los factores biológicos son muy importantes como determinantes de la mortalidad en los países desarrollados) la proporción de mortalidad determinada por el estilo de vida aumenta de forma importante acercándose al 50%.³¹ Si el análisis se efectúa sobre los años potenciales de vida perdidos por muertes de 1 a 75 años y de 1 a 65 años, las proporciones de mortalidad atribuible al estilo de vida son aún mayores, superando el 50 % (gráfico 10).³²

El efecto pernicioso de los comportamientos insanos, medido en términos de mortalidad prematura, y los efectos beneficiosos para la salud positiva de los estilos de vida sanos ha sido demostrado también mediante estudios de cohortes diseñados expresamente para este fin.

Especialmente interesante es el estudio realizado en Alameda County, California, por Lester Breslow y cols.³³⁻³⁵ El estudio incluyó un total de

un cuestionario estándar diseñado al efecto.³⁴

El estudio demostró de forma fehaciente que cinco comportamientos de salud estaban significativamente asociados con el incremento de riesgo de muerte en los individuos de 30 a 69 años. Los cinco hábitos en cuestión fueron los siguientes: 1) consumo de cigarrillos, 2) actividad física, 3) consumo de alcohol, 4) obesidad y 5) número de horas de sueño. Aunque la asociación con la mortalidad incrementada estuvo presente para los cinco factores considerados, fue especialmente intensa en los tres primeros, los cuales demostraron ser importantes predictores de la mortalidad.

Para evaluar el impacto acumulativo de estos hábitos se establecieron tres grupos de riesgo: a) elevado (4 o 5 hábitos insanos presentes), b) medio (3 hábitos insanos presentes) y c) bajo (2 o

6.928 personas de ambos sexos, residentes en este condado en 1965, que respondieron a una serie de preguntas sobre su estilo de vida que les fueron formuladas en dicho año por entrevistadores especializados siguiendo

TABLA 4. Comparación entre la distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico y la distribución de los gastos federales en el sector salud en Estados Unidos en el período 1974-1978

| | Distribución de la mortalidad según el modelo epidemiológico | Gastos federales destinados al sector salud (%) |
|---------------------------------|--|---|
| Sistema de asistencia sanitaria | 11 | 90,6 |
| Estilo de vida | 43 | 1,2 |
| Medio ambiente | 19 | 1,5 |
| Biología humana | 27 | 6,9 |
| | 100 | 100,2* |

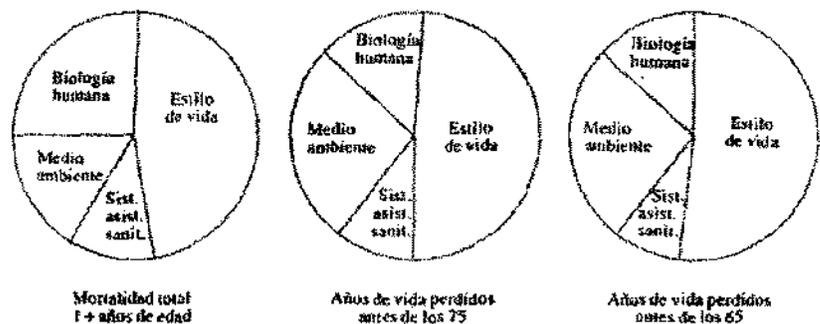
* Los porcentajes no suman 100 por el ajuste de cifras.
Fuente: Dever, G.E.A. - An Epidemiological Model for Health Policy Analysis. Social Indicators Research, 2(1977), 433-466.

GRÁFICO 9. Proporción relativa de dinero público gastada en el medio ambiente, el estilo de vida, la asistencia sanitaria y la biología humana



Fuente: Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians.

GRÁFICO 10. Distribución proporcional de las causas de muerte en los cuatro grandes grupos determinantes de la salud de Lalonde (Diez primeras causas de muerte en la población de USA de 1 o más años 1977)



Fuente: Ref. 31.

menos hábitos insanos presentes). En los varones, el riesgo relativo de mortalidad del grupo de personas con riesgo elevado sobre el grupo de bajo riesgo fue de 2,8. En las mujeres, el riesgo relativo fue aún mayor: 3,2. Sin ninguna excepción, para cada grupo de edad y sexo, los grupos de alto riesgo por su número de hábitos insanos presentaron tasas de mortalidad más elevadas que los grupos de bajo riesgo.

Es de destacar que la asociación entre los hábitos insanos y la mortalidad fue independiente de otras variables que podían actuar como factores de confusión, tales como el estatus socioeconómico, la raza, la clase de asistencia sanitaria recibida y diversos factores psicológicos. De todas formas, las personas pertenecientes a los grupos socioeconómicos menos favorecidos y con peor estatus de salud en el momento de su inclusión en el estudio tenían más probabilidades de estar en los grupos de riesgo elevado o medio que los individuos pertenecientes a las clases sociales más altas y de mejor estatus de salud en el momento de su incorporación al estudio en 1965.

El consumo de cigarrillos, el consumo de alcohol, la práctica de ejercicio físico, las horas de sueño por la noche y el peso en relación con la talla se encontraron también significativamente asociados con el estado de salud a los 9 años en el estudio de Wiley y Camacho³⁵ basado en los datos de 3.892 adultos blancos de ambos sexos pertenecientes al estudio del Alameda County iniciado en 1965. Cuanto menor era el número de hábitos insanos practicados en 1965, mejor fue el estatus de salud en 1974, y viceversa. Estos datos sugieren que un estilo de vida sano, además de prevenir muertes prematuras, contribuye de forma importante a la salud positiva y, en definitiva, a la calidad de vida.

Como consecuencia de los estudios citados y de otros muchos, en especial los estudios epidemiológicos retrospectivos y prospectivos que demostraron la asociación estadísticamente significativa entre el tabaco y toda una serie de enfermedades³⁶ y el estudio prospectivo de Framingham sobre las enfermedades cardiovasculares,³⁷ y



los que demostraron que las enfermedades causadas por los estilos de vida insanos (cardiovasculares, cáncer, accidentes, enfermedades respiratorias crónicas, cirrosis hepática, etc.) son también las que mayores costes directos ocasionan al sistema de asistencia sanitaria del país,^{38,39} en la segunda década de los años setenta surgió una importante corriente de pensamiento en Estados Unidos y Canadá que recomendó cambiar las prioridades de la salud pública en estos países, dedicando mayor porcentaje de recursos a la prevención y a la educación sanitaria con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios a cada uno de los cuatro grandes determinantes de la salud mencionados en el Informe Lalonde.⁴⁰⁻⁴⁴ Posteriormente, esta corriente de opinión se ha extendido también en Europa y los demás países desarrollados. De todas formas, aunque los esfuerzos en los últimos años han sido importantes, los continuos avances tecnológicos de la asistencia sanitaria y la inercia de gastos que todo sistema de asistencia sanitaria comporta hacen que, hoy en día, incluso en Canadá persista todavía en gran parte el sesgo señalado por Lalonde en su informe del año 1974.

La OMS en la estrategia para la consecución de la «salud para todos en el año 2000» ha tenido en cuenta todos estos determinantes de la salud al establecer los programas prioritarios y los mecanismos de intervención.⁴⁴⁻⁴⁶ La OMS Europa ha dado especial

relevancia a la modificación de los estilos de vida insanos, el principal de los determinantes de la salud en los países desarrollados en la actualidad.⁴⁵⁻⁴⁷

BIBLIOGRAFÍA

1. Salleras Sanmartí, L., *Educación Sanitaria Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, Cruz de Santos, 1985.
2. Monnier, J., Deschamps, J. P., Fabry, J., Manceaux, M. y Raimbault, A. M., *Santé Publique, Santé de la Communauté*. Villeurbanne Cedex (Francia) Simep S. A., 1980.
3. *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Contribución de la OMS, 1960.
4. Hogarth, I., *Glossary of health care terminology Public Health in Europe*. Regional Office for Europe, WHO (Copenhague), 4 (1978).
5. Last, J. M. (ed.), *A Dictionary of Epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 1983.
6. Teiris, M., *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI, 1980.
7. Lorenz, K. Y., Davis, D. L., Manderscheid, R. W. y Elkes, J., «Toward a Conceptual Formulation of Health and Well-being», en Lorenz, K. Y. y Davis, D. L., *Strategies for Public Health, Promoting Health and Preventing Disease*. Nueva York, Van Nostrand Reinhold Company, 1981.
8. Breslow, L., «A Quantitative Approach to the World Health Organization Definition of Health: Physical, Mental and Social Well-being». *Int J Epidemiol*, 1 (1972), 347-355.
9. Stein, R. E. K., Gorwiler, S. L., Perrin, E. C., Penz, J. M. et al., *Severity of Illness: concepts and Measurements*.
10. Klein, S. D., «Class, Culture and Health», en Last, J. M., Maxey-Rosenau, *Public Health and Preventive Medicine*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1980¹¹.
11. Antonovsky, A., «Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality». *Milbank Mem Fund Q*, 45 (1967), 31-73.
12. Carter, V. J., Peol, J. (eds.), *Equities and Inequalities in Health*. Londres, Academic Press, 1976.
13. Surault, P., *L'ingalibi devant le mort*. Paris, Economica, 1979.
14. Morris, J. N. y Healy, J. A., «Social and Biological Factors in Infant Mortality, V Mortality in relation to the father's occupation, 1921-1950». *Lancet*, 1 (1955), 554-559.
15. Office of Population Censuses and Surveys, *Occupational Mortality Decennial Supplement, England and Wales, 1970-72*. Series D5 n.º 1 H.M.S.O. Londres, 1979.
16. Office of Population Censuses and Surveys, *Social and Biological Factors in Infant Mortality 1975-76*. Medical Statistics Division, Occupational Paper n.º 12.
17. Morris, J. N., «Social Inequalities Undiminished». *Lancet* (1979), 87-90.
18. Black, D., Morris, J. N., Smith, C. y Townsend, P., «Inequalities in Health», en Tow-

send, P. y Davidson, N. (eds.), *The Black Report*, Penguin Books, 1982.

19. McInatosh Gray, A., «Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment». *Inter J Health Serv.* 12 (1982), 349-380.

20. Leete, R. y Fox, J., «Registrar General's Social Classes: Origins and uses of the classification». *Population Trends*, 8 (1977), 1-7.

21. Smith, A., «Social factors and diseases: the medical perspective». *Br Med J*, 294 (1987), 881-883.

22. Winslow, C. E. A., *The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaigns*. New Haven, Yale University Press, 1923.

23. Stewart, G. T., «Public Health Functions». *Lancet*, 1 (1987), 734-735.

24. Editorial, «Black to the Future. The Reinvention of Public Health». *Lancet*, 1 (1988), 157-159.

25. Gol, J., «La salud». *Annals de Medicina (Barcelona)*, 63 (1977), 1.025-1.040.

26. Lalonde, M., *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.

27. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, *Causas de muerte en Cataluña*. Generalidad de Cataluña, 1988.

28. Salleras Sanmartí, L., *Análisis de los indicadores de mortalidad maternal, perinatal e infantil en España y Cataluña*. Tesis doctoral. Barcelona, 1980.

29. Salleras, L., Variables sociales asociadas a la mortalidad fetal tardía en España. *Ginec Obstet.* 11 (1984), 93-102.

30. Salleras, L., Sentís, J., Canela, J. y García, A., «Facteurs sociaux et d'assistance sanitaire et mortalité perinatale en Espagne 1975-79». *Rev d'épidémiol et Santé Publique*, 36 (1984), 30-35.

31. Dever, G. E. A., «An Epidemiological Model for Health Policy Analysis». *Social Indicators Research*, 2 (1977), 453-466.

32. US Department of Health and Human Services, «Ten Leading Causes of Death in the United States 1977». *Public Health Service Center for Disease Control* (Atlanta), julio 1980.

33. Breslow, L. y Enstrom, J., «Persistence of Health Habits and their Relationships to Mortality». *Prev Med.* 9 (1980), 469-483.

34. Berkman, L. F. y Breslow, L., *Health and Ways of Living. The Alameda County Study*. Oxford University Press, 1983.

35. Viley, J. A. y Camacho, T. C., «Life-Style and Future Health: Evidence from the Alameda Study». *Prev Med.* 9 (1980), 1-21.

36. US Department of Health and Welfare, «Smoking and Health. A Report of the Surgeon General». *DHEW Publication (PHS)*, 19-50066, 1979.

37. Dawbert, T. R., *The Framingham Study*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1980.

38. Rice, D., Feldman, J. y White, K., *The Current Burden of Illness in the United States*. Washington DC, National Academy of Sciences, 1977.

39. Hamburg, D. A., Elliot, G. R. y Parrow, D. L. (eds.), *Health and Behavior. Frontiers of Research in the Behavioral Sciences*. Washington DC, Institute of Medicine, National Academy Press, 1982.

40. White, L. S., «How to Improve the Public's Health». *N Engl J Med.* 293 (1975), 773-774.



La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante*

Leonard Syme

Uno de los mayores problemas a que nos enfrentamos en el estudio de la salud y de la enfermedad en la sociedad actual es el de no disponer del modelo conceptual apropiado para llevarlo a cabo. En otros tiempos, esto no constituía un problema tan grande como lo es hoy en día. El modelo epidemiológico clásico postulaba que la enfermedad ocurre principalmente como resultado de agentes patógenos. Se reconocía que las consecuencias de tal exposición vendrían determinadas tanto por la virulencia de tales agentes como por el grado de resistencia o de susceptibilidad del individuo. En el pensamiento epidemiológico, esta relación se generalizó y se formalizó en la bien conocida tríada de huésped, agente y medio.

Es importante tener en cuenta este fenómeno histórico porque la mayor parte de la investigación y del pensamiento epidemiológico actual continúa basándose en este modelo a pesar de que las circunstancias actuales son radicalmente diferentes a las de la época en que fue formulado. Hoy en día la epidemiología ha continuado centrándose en el estudio de un conjunto de agentes patógenos esparcidos por el ambiente, pero el estudio de la resistencia de los huéspedes ha ido recayendo cada vez más a cargo de campos nuevos y aún en desarrollo como la genética, la biología

* Estudio entregado para su publicación en enero de 1989. Traducido del inglés por Ramon Sarrió Maluquer.

Primary health care as a strategy for achieving equitable care:

a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network

Prof. J. De Maeseneer, M.D.¹, Ph.D; S. Willems, M.A., Ph.D.¹; A. De Sutter, M.D., Ph.D.¹; I. Van de Geuchte, M.L.¹; M.Billings, M.Sc².

¹ Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University. Belgium.

² Global Health through Education, Training and Service, Attleboro, USA.

March 2007

Background to the Health Systems Knowledge Network

The Health Systems Knowledge Network was appointed by the WHO Commission on the Social Determinants of Health from September 2005 to March 2007. It was made up of 14 policy-makers, academics and members of civil society from all around the world, each with his or her own area of expertise. The network engaged with other components of the Commission (see http://www.who.int/social_determinants/map/en) and also commissioned a number of systematic reviews and case studies (see www.wits.ac.za/chp/).

The Centre for Health Policy led the consortium appointed as the organisational hub of the network. The other consortium partners were EQUINET, a Southern and Eastern African network devoted to promoting health equity (www.equinet africa.org), and the Health Policy Unit of the London School of Hygiene in the United Kingdom (www.lshtm.ac.uk/hpu). The Commission itself is a global strategic mechanism to improve equity in health and health care through action on the social of determinants of health at global, regional and country level.

Acknowledgments

This paper was reviewed by at least one reviewer from within the Health Systems Knowledge Network and one external reviewer. Thanks are due to these reviewers for their advice on additional sources of information, different analytical perspectives and assistance in clarifying key messages.

This work was carried out with the aid of a grant from the International Development Research Centre, Ottawa, Canada, and undertaken as work for the Health Systems Knowledge Network established as part of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. The views presented in this paper are those of the authors and do not necessarily represent the decisions, policy or views of IRDC, WHO, Commissioners, the Health Systems Knowledge Network and reviewers.

Contents:

| | Page |
|---|-------------|
| Executive Summary | 2 |
| 1. INTRODUCTION | 6 |
| 2. SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: THE HEALTH (CARE) SYSTEM AS A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH | 10 |
| 3. PRIMARY HEALTH CARE: DEFINITION AND EVOLUTION OF THE CONCEPT | 13 |
| 4. WHAT ARE THE MAIN FEATURES OF PRIMARY HEALTH CARE THAT MAKE IT USEFUL AS A STRATEGY FOR PROMOTING HEALTH EQUITY AND INTERSECTORAL ACTION? | 17 |
| 5. ENABLING AND LIMITING FACTORS THAT ACCOUNT FOR ACHIEVEMENTS AND FAILURES OF A STRATEGY BASED ON PRIMARY HEALTH CARE | 23 |
| 6. WHAT POLICY MEASURES ARE NEEDED TO ENHANCE THE IMPACT OF PRIMARY HEALTH CARE ON HEALTH EQUITY? | 34 |

Primary health care as a strategy for achieving equitable care.

Executive Summary.

J. De Maeseneer, M.D., Ph.D.¹; S. Willems, M.A., Ph.D.¹; A. De Sutter, M.D., Ph.D.¹, I. Van de Geuchte, M.L.¹, M. Billings, M.Sc.².

¹ Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Belgium

² Global Health through Education, Training and Service, Attleboro, USA.

1. THE HEALTH CARE SYSTEM AS A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH

The health system plays a role as a social determinant of health :

- at the macro-level: through public policy and equitable resource allocation processes;
- at the meso- level (the community): through performance of the decentralized policy;
- at the micro-level: through factors related to the organisation of the health care system (physical, financial, psycho-social, cultural and administrative access) as well as factors related to the health care provider (skills, knowledge, approach to the patient). This is where primary health care systems may contribute to comprehensive care.

2. PRIMARY HEALTH CARE: DEFINITION AND EVOLUTION OF THE CONCEPT

In 1978 the WHO defined the concept "primary health care" as a strategy and a set of activities to reach the goal of "health for all by the year 2000". After the declaration of Alma Ata, two major schools of thought dominated the debate on implementation: those supporting "selective" primary health care (SPHC) and those advocating "comprehensive" primary health care (PHC). This debate extends earlier arguments about whether the best method of health care delivery was "vertical" or "horizontal".

In the post-Alma Ata-period, the countries that signed the declaration adopted different strategies. In the last decade of the 20th century, it became clear that the goal of "health for all by the year 2000" would not be reached. Apart from "intrinsic factors" (the idealistic ambition taking many years to accomplish, the lack of a clear implementation strategy, the underestimation of the need for contextual adaptation of the principles of the Alma Ata Declaration, the underestimation of important powerful actors, the failure to take the clinicians on board, ...) a lot of "extrinsic factors" have contributed to the developments: the focus on "selective primary health care" and on "vertical programmes". the organisational and institutional drawbacks of working with donor agency funding, international cooperation agencies and research institutions; the decreasing attractiveness of generalism versus sub-specialisation; the political unattractiveness of decentralisation and "bottom-up"-approach; the erosion during the '80s and the '90s of "solidarity", the ground value of the Alma Ata Declaration.

3. WHAT ARE THE MAIN FEATURES OF PRIMARY HEALTH CARE THAT MAKE IT USEFUL AS A STRATEGY FOR PROMOTING HEALTH EQUITY AND INTERSECTORAL ACTION?

The central attributes of primary care are: first contact (accessibility), longitudinality (person-focused preventive and curative care overtime), patient-oriented comprehensiveness and coordination (including navigation towards secondary and tertiary care). Besides taking care of

the needs of the individuals, primary health care teams are also looking at the community, especially when addressing social determinants of health. The community oriented primary care (COPC) experience integrates public health focus and primary health care. Finally, also important is the interaction of the team with different networks (education, work, economy, housing,...) that are related to important sectors. Using all these methods, primary health care teams promote health equity through their contribution to increased social cohesion and empowerment. The rationale for the benefits for primary care for health has been found in (1) greater access to needed services, (2) better quality of care, (3) a greater focus on prevention, (4) early management of health problems, (5) the cumulative effect of the main primary care delivery characteristics, and (6) the role of primary care in reducing unnecessary and potentially harmful specialist care. Where the PHC-team functions as a "navigator" through secondary and tertiary care and other sectors, it can be a strategy for achieving cost-effectiveness.

4. ENABLING AND LIMITING FACTORS THAT ACCOUNT FOR THE IMPACT OF A STRATEGY BASED ON PRIMARY HEALTH CARE

First of all, a solid basis of the financing of the health care sector is of utmost importance. In developing countries tax-based resources are limited and a social security system based on contributions on wages only reaches a small part of the population. In an increasing number of countries, social security systems are developing. In other countries, the market is left over to "for-profit" private insurance companies. The health policy promoted by international aid-agencies may have played a specific role in this transfer, but in practice it was the underfunding of the public sector in the 1990's that most frequently led to privatisation.

Choices in financing health care have also a big impact on the strength of a primary health care system. In most of the developing countries, the majority of resources go to secondary and tertiary care hospitals, looking after only a small part of the population. In the last 20 years another "antagonism" has become increasingly important: the antagonism between horizontal (person and community oriented) and vertical (disease-oriented) care. Although enormous amounts of money are invested in those vertical programmes, the overall-performance of disease control programmes is poor. In order to deal with the disadvantages of vertical programmes, a "code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries" has been established. There is a need to integrate programmes into local health facilities in order to achieve reasonable prospect for successful disease control.

Furthermore, the choice of payment system is important: fee-for-service, capitation, integrated capitation or salary. Out-of the pocket payment by patients at the point of service delivery negatively influences access to care. In most of the countries nowadays there are mixed payment systems: target-payments, infrastructure-related and function-payments. A capitation-based system of payment should form the basis of any system of family physician and primary care team payment. In addition to this financial mainstay a combination of other payment systems will be required to finance most appropriately the work of family physicians and the primary health care team. More recently, "pay-for-performance" has been introduced in order to enhance the quality of primary health care. There have been positive outcomes, certainly in the field of prevention and chronic disease management, but there are also important side-effects, especially in relation to equity and access for the poor.

Equity is also closely linked to "efficiency": implementation of evidence based medicine, taking into account "contextual evidence" and "policy evidence", may contribute to "more health" and more equity.

Next to financing and utilisation, quality of care has to be optimised. Therefore, there is a role for family physicians and nurses operating as the clinical disciplines, together with other providers at the primary health care level. Yet all over the world, but especially in developing countries, there is a problem for recruitment and retention of primary health care providers, especially physicians and nurses. In developing countries, there is a shift of manpower from the local primary health care system towards vertical disease-oriented programmes. Moreover there is a shift from rural areas and townships towards more affluent areas in cities. On a global scale there is increasing emigration of health care providers from developing countries to higher income countries.

A key-prerequisite in order to enhance the development of primary health care, is decentralisation. There is nowadays a consensus that the most appropriate model for organisation of health care services utilises the "district health system": the geographical integration of clinics, health centers and district health hospitals. There is a need for innovative management strategies which effectively address the concerns of all stakeholders when developing the "district health system".

Finally, primary health care operating at the crossroads between the health care system and society is well situated to document the impact of living conditions on health. If adequately transferred to the local political level, this kind of information may underpin inter-sectoral action for health e.g. in the field of economy, employment, housing, environment, traffic safety,...

5. WHAT POLICY MEASURES ARE NEEDED TO ENHANCE THE IMPACT OF PRIMARY HEALTH CARE ON HEALTH EQUITY?

More than ever it will be needed to defend health as a public good and to stress the need for solidarity in order to guarantee access of all to quality health care, even though there is an attempt nowadays to forge a new "common sense" that is rather defined by financial interests. On the other hand, policy measures must be situated against the background of the changing society in a changing world. We're talking here about the ageing population, increasingly rapid scientific progress, development of ICT, patients acting more and more as consumers, multiculturalisation, increasing dualisation between poor and rich, globalisation and glocalisation. Adaptation to the local context is also required. In discussions about the impact of a "primary" health care system on health equity we cannot ignore the concrete political context, where e.g. the presence or absence of representative democracy plays a big role. Realising the differences in existing conceptual and institutional frameworks in countries, and the effect that those differences may have on programmes and policies, means being able to anticipate them in order to realise more successful policies and programmes. Civil society has an important role to play here.

With these general remarks in mind, we conclude that the five following policy measures are needed:

1. To guarantee universal access to (primary) health care through an adequate health system (social security system, national health system,...).
2. To make a shift from "vertical disease oriented programmes" towards a "horizontal-community oriented" approach.

3. Education, recruitment and retention of adequate staff, improving the clinical and population oriented performance of the primary health care system.
4. Establishment of a performant primary health care service, integrated in the district health system.
5. Organisation of health systems in an intersectoral network, with cross links to environment, economy, work and education at the different institutional levels, and with use of a bottom-up approach (intersectoral action for health), involving civil society.

In conclusion: primary health care has potential to address the social determinants of health through universal access and through its contribution to empowerment and social cohesion. The multidisciplinary team (nurses, family physicians, social workers,...) and the involvement of the local community is essential for the development of intersectoral action for health.

Primary health care as a strategy for achieving equitable care

J. De Maeseneer, M.D., Ph.D.¹; S. Willems, M.A., Ph.D.¹; A. De Sutter, M.D., Ph.D.¹; Ilse Van de Geuchte, M.L.¹; M. Billings, MSc².

¹ Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Belgium

² Global Health through Education, Training and Service, Attleboro, USA.

1. INTRODUCTION AND BACKGROUND: CHANGING SOCIETIES IN A CHANGING WORLD.

In this paper we want to explore the contribution that primary health care can make to address the social determinants of health in the context of a changing society. The concept of primary health care, endorsed by the World Health Organisation in the Alma Ata Declaration in 1978, has been implemented in very different ways all over the world. We look at the main features of primary health care: what are the conditions that enable the introduction of primary health care, what is the evidence of the primary health care approach to promote health equity and inter-sectoral action and how may the health systems enhance the impact of primary health care on health equity, taking account of contextual factors. The aim is to draw an operational framework that may contribute to further developments in health systems contributing to more equity.

Addressing social determinants of health should take into account the actual evolutions in the changing society, in order to assess adequately the changing needs that will be presented to the health care system.

a. demographical and epidemiological developments

Firstly, the world population is gradually getting older. The percentage of old people in the population will continue to increase in all EU-member states in the period up to 2020, by 3 to 6%¹. Moreover, the proportion of over-75s in the over-65 age group will also increase in a number of countries, particularly Germany and the Southern European countries. At the same time the percentage of young people in the overall population will gradually decline.

The health forecast shows that the world will experience dramatic shifts in the distribution of deaths from younger to older ages and from communicable diseases to non-communicable diseases during the next 25 years. In 2005, 19% of all deaths were among children, 29% were among adults aged 15-59 years and 53% were among people aged 60 years and older. By 2030 the respective proportions will have changed to 9%, 29% and 62%. The proportion of all deaths due to communicable, maternal, perinatal and nutritional causes is expected to decrease from 30% in 2005 to 22% in 2030, while the share of non-communicable diseases is likely to increase from 61% to 68%. Injuries are estimated to account for 9% both in 2005 and in 2030¹.

Secondly, there are considerable differences in healthy life expectancy all over the world: for the African region, the healthy life expectancy is 40 years for males and 42 years for females, for the South-East Asian region 45 and 55, for the Eastern and Mediterranean region 53 and 55, for the region of the Americas 63 and 67, for the Western Pacific region 63 and 66, and for the European region 62 and 68 years².

There are clear indicators that the Millennium Development Goals (MDGs) will not be met by 2015. All regions are off track on at least some of the goals and the 2 regions that are most seriously behind (South-Asia and sub-Saharan Africa) are off track on all of the goals. Children's nutrition is worst in many parts of Africa; a majority of countries are not making sufficient progress to reduce child mortality and maternal mortality; and HIV/AIDS continues spreading across the world. In many countries much more needs to be done to reach the poor³. There is a need for a new global commitment to child survival in order to achieve the Millennium Development Goal 4: to reduce under-5-mortality by two-thirds between 1990 and 2015⁴.

b. scientific and technological developments

Increasingly rapid scientific progress brings the prospect of new prevention and care possibilities in fields such as genetics, cardiovascular disease, replacement medicine, neuro-sciences, cancer care and mental health care. In the decades ahead, a growing scientific understanding of the role that genes play in the development and progress of many different diseases will have an enormous influence on health care, especially in terms of diagnosis and prognosis and these developments will open new horizons in fields such as pharmacotherapy, gene-therapy, stem cell therapy and vaccine development. However, nowadays it is clear that there are very few health needs that have a major genetic component, at least from the point of view of attributable risk in the population.

Further, the development of the information and communication technology (ICT), e.g. the use of internet, will enhance communication, but here once more there is a huge inequality especially with respect to sub-Saharan Africa.

Worldwide, there is a concern about what will be the "driver" for these scientific and technological developments: how will the needs of the developing countries be taken into account in the agenda setting? And more in general: how much will these developments be driven by the needs rather than the market?

The development of Evidence Based Medicine provides an important tool to better underpin health care practice and organisation. However it is clear that apart from "medical evidence", we will need more research about "contextual evidence" (looking at "effectiveness" in the relevant practice-context) and "policy evidence"⁵ (looking at "efficiency" from an equity perspective). An adequate balance between fundamental, clinical and health services research is required: the question "How can an effective therapy reach a larger group of the population?" is as relevant as the search for new therapies.

c. cultural developments

Nowadays, patients are acting more and more as consumers. This transition of the "user/patient/beneficiary" to "client/consumer" perspective has important consequences for the interaction at the point of service delivery. Both in Western countries and in developing countries, there is an increasing "medicalisation" of daily life e.g. the making of new diseases⁶. An increasing number of domains of daily human life is subjected to medical definition and intervention (e.g. education, "deviant behaviour",...) and is being heavily driven by vested interests in selling new products. Finally increasing mobility and migration leads to multiculturalisation, requiring an ethno-sensitive approach from health care providers.

d. socio-economic developments

Looking at the global evolution there is an increasing dualisation between poor and rich, and, more important, there is a growing concentration of wealth (and consequent power over health policy decisions) at the very top of the income distribution.

Inequality in mortality between continents began to rise shortly after inequality in gross domestic product per capita began to diverge most clearly. Africa has been most affected by the widening global inequality in mortality, probably as a result of the AIDS pandemic, which is exacerbated by inequality in wealth. For the 2 most extreme continents (North-America and Africa), the gap in life expectancy fell from 30.6 years in 1950-5 to less than 24 in 1985-90 but has since risen to 28.6; it is now almost at the same level as in the 1950s.⁷

However, also within the richer parts of the world, there are important socio-economic inequalities, both in mortality and morbidity⁸. In Sweden, the difference in life expectancy between a 20-year old man from the highest socio-economic group and a man from the lowest socio-economic group increased between 1980 and 1997 from 2.11 years in 1980 to 3.97 years in 1997⁹. Socio-economic differences are demonstrated for coronary heart diseases¹⁰, mental health¹¹, oral health¹², low back pain¹³, ...

Moreover, worldwide, for an increasing number of people, access to health care becomes more and more problematic and this does not only apply to developing countries, but is also true for industrialised countries such as the United States¹⁴.

e. globalisation and "glocalisation"

Much of the world and especially the low- to middle-income countries have seen in the last 2 decades a number of important changes in economic policy that fall under the common definition of globalisation (e.g. the removing of tariff and non-tariff barriers to trade) and capital account liberalisation (e.g. the removing of restrictions on internal investment flows). In general, these policies have led to the increasing participation of low- and middle-income countries in the global economy. However, when comparing the period of 1960-80 with the rapidly globalising period of 1980-2000, a slower growth of the per capita GDP is noted, as well as a lesser progress in health outcomes, and a lesser progress in educational outcomes. This indicates that globalisation has been associated with diminished progress in several domains¹⁵.

Another consequence of globalisation is that multinational corporations have spread over the world but have not been as thorough in controlling industrial hazards in developing countries as they were in their "home"-countries (the "double standard")¹⁶.

Finally, the increasing mobility and migration on the one hand and the concentration of the world population in big cities on the other hand (by 2030, 70% of the world population will live in an urban context) means the healthcare system will be faced with new challenges as the global problems become apparent at the local level (glocalisation). These developments lead to the need for "preparedness" focussed on the prevention and/or the rapid and appropriate response to disease outbreaks and disasters (e.g. pandemic influenza, bioterrorist activity). However, most of the preparedness plans have a lot of weaknesses: they do not adequately address operational responsibility at the local level, for example, logistical aspects such as vaccination and anti-viral stockpiling, distribution, delivery and the maintenance of essential services. Many countries do not have health systems that are strong enough to take on such a large task, therefore there will be a need to reinforce the capacity of health systems in these countries, as they will probably be

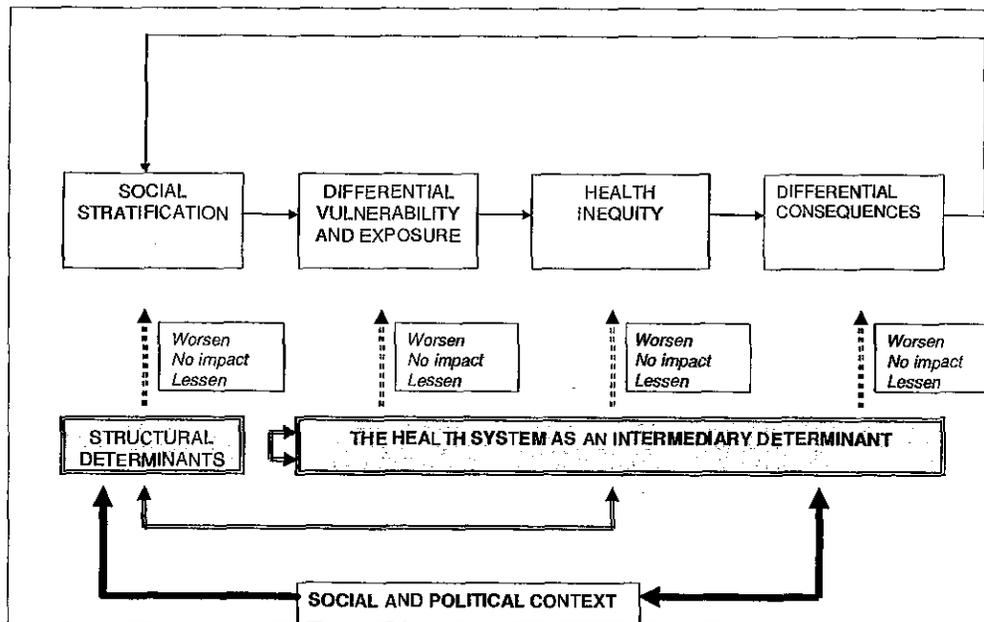
affected early when a pandemic occurs. Also important is the need to monitor the allocation of scarce resources in a globally equitable fashion¹⁷.

In some way all these developments in the changing society, should be taken into account when improving health systems. Their complexity will require a multi-axial strategy.

2. SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH: THE HEALTH (CARE) SYSTEM AS A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH

According to Doherty and Gilson¹⁸ the health system plays a role as a social determinant of health (see figure 1).

Fig. 1: Framework demonstrating the role played by the health system as a social determinant of health



The framework described in figure 1 is appropriate in order to analyse developments

- at the macro-level: public policy (e.g. the existence of a national social health insurance, moving towards universality) and equitable resource allocation processes;
- at the meso- level (the community): the performance of the decentralized policy;
- at the micro-level (the interaction between populations and the health care system): where primary care service may contribute to comprehensive care and support systems.

Concerning the micro-level, Willems et al. demonstrated, through a qualitative research using focus groups with people living in poverty, that also the provider-patient interaction may to a large extent influence the access to care. Figure 2 depicts a model illustrating the different predisposing, contextual, enabling and limiting factors and also the psycho-social factors both at the level of the individual and the health care provider. This model shows that, apart from administrative, geographical, physical, financial and organisational determinants of access to

health care, the skills, knowledge and approach to the patient by the health care provider may also have an important influence on access to care¹⁹.

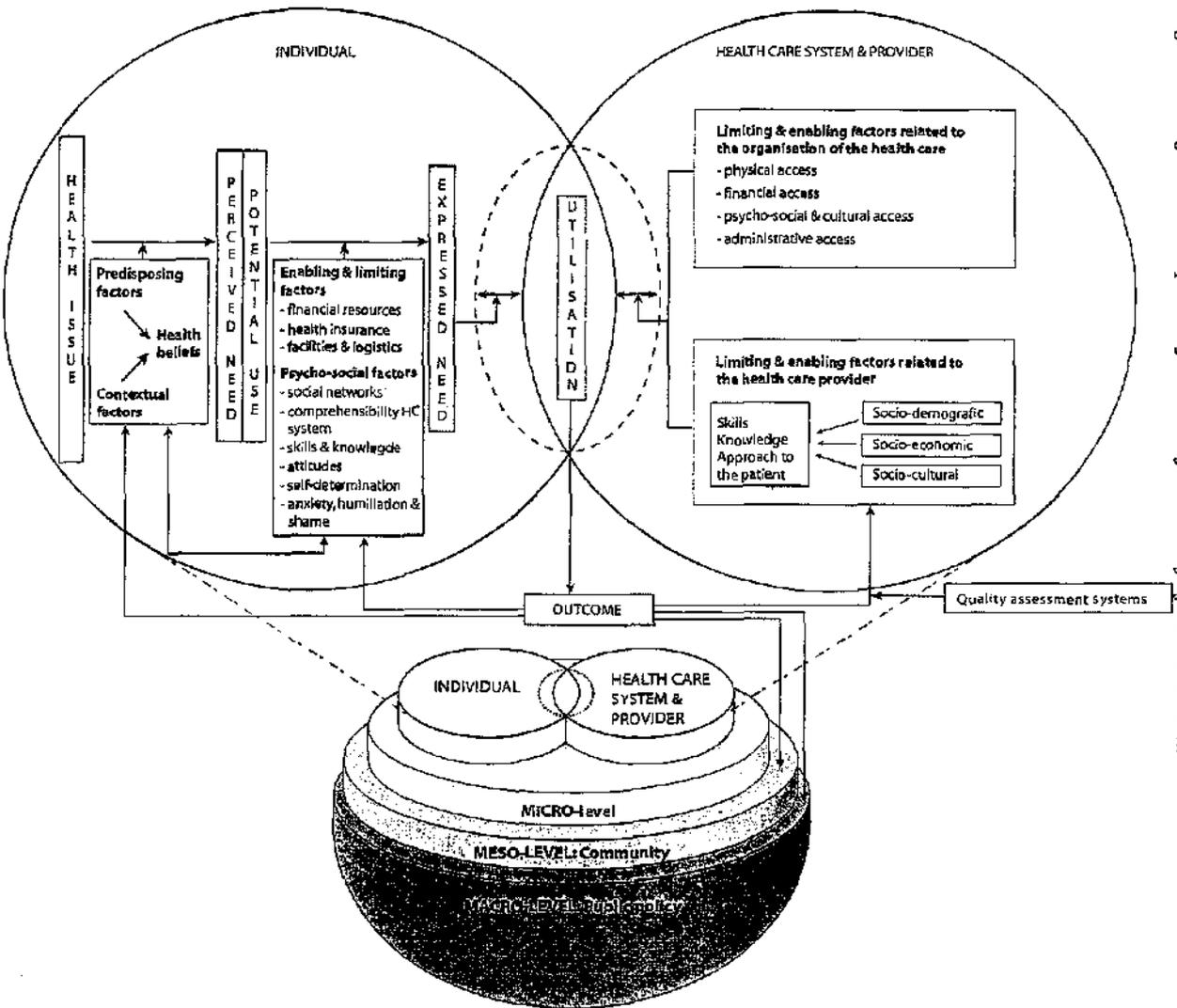


Fig. 2: An integrated and expanded framework for the study of access to health care

Also at the primary health care level, the availability, organisational features, psychosocial and cultural openness of the healthcare facilities may be important factors to either enable or limit access to the health care system.

3. PRIMARY HEALTH CARE: DEFINITION AND EVOLUTION OF THE CONCEPT

Primary health care has always existed as it was the description of the point of first contact between patients and the health care system. The term "primary care" is thought to date back to about 1920, when the Dawson report was released in the United Kingdom²⁰. That report mentioned "Primary health care centers", intended to become the hub of regionalised services in that country. However, it was only in 1978 that WHO defined the concept "primary health care" as a strategy to reach the goal of "health for all by the year 2000". At the Alma Ata conference "primary health care" was defined as: "Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both the countries health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of continuing health care process".²¹

The Alma Ata conference further specified that the core components of primary health care were health education; environmental sanitation, especially of food and water; maternal and child health programmes, including immunisation and family planning; prevention of local endemic diseases, appropriate treatment of common diseases and injuries; provision of essential drugs; promotion of sound nutrition; and traditional medicine.

Vuori suggested that primary care should not be seen as a set of activities, but as a level of care, as a strategy for organising health care and as a philosophy that permeates health care²². Hereby Vuori stressed the importance of the paradigm-shift from primary medical to primary health care (see table 1).

Table 1: From Primary Medical to Primary Health Care

| <i>Conventional</i> | | <i>New</i> |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| | <i>Focus</i> | |
| Illness | | Health |
| Cure | | Prevention, care and cure |
| | <i>Content</i> | |
| Treatment | | Health Promotion |
| Episodic Problems | | Continuous care |
| Specific problems | | Comprehensive care |
| | <i>Organization</i> | |
| Specialist | | General Practitioners |
| Physicians | | Other personnel groups |
| Single-handed practice | | Team |
| | <i>Responsibility</i> | |
| Health sector alone | | Intersectoral collaboration |
| Professional dominance | | Community participation |
| Passive reception | | Self-responsibility |

Adapted from Vuori (1985)²⁵

Shortly after the declaration of Alma Ata, a debate on the possibilities for implementation was opened. Two major schools of thought dominated the debate: those supporting "selective" primary health care (SPHC) and those advocating "comprehensive" primary health care (PHC). The advocates of selective primary health care stated that the large and laudable scope of the Alma Ata Declaration was unattainable due to its prohibitive cost and the numbers of trained personnel required to implement the approach. A more selective approach would attack the most severe public health problems facing a locality in order to have the greatest chance to improve health and medical care in less developed countries²³. The advocates of comprehensive primary health care emphasised that the improvement of health care delivery systems is only one aspect of the reforms needed. It incorporates a philosophy of health and health care as basic human right that, if necessary, also requires the re-shaping of global developmental designs to include community participation in the decision-making and the implementation of primary health care activities. Although improvements in the health sector are very important "most improvements in health have been due to changes in economy, social and political structures rather than changes in the health sector"²⁴.

There are deep-rooted philosophical and practical differences between the two positions. A first difference relates to the role of medical intervention: the major aspect in SPHC but only one of a number of important elements in PHC. Secondly, the "comprehensive" proponents accept the need for potentially radical changes on "both the level of social, economic and political structures and on the level of individual and community perceptions"²⁵. In a semantic sense, the "selective" method is based upon a short-term programme while PHC is carried out through a comprehensive, long-term process. This debate extends earlier arguments about whether the best method of health care delivery was "vertical" or "horizontal"²⁶. The "horizontal approach" seeks to tackle the overall health problems on a wide front and on a long-term basis through the creation of a system of permanent institutions commonly known as "general health services". The "vertical approach" calls for the solution of a given health problem through the application of specific measures. In essence, horizontal programmes are person- and community-focused, whereas vertical programmes are disease-focused. The selective strategy has been favourably received by international agencies such as World Bank and Unicef, academic institutions and research centres (e.g. Centres for Disease Control), bilateral aid-agencies like US-Aid, and private institutions²⁷.

In the post-Alma Ata-period, the countries that signed the Declaration adopted different strategies:

1. Negation: no concrete steps were undertaken to put the declaration into practice.
2. Legislation: the Alma Ata Declaration was copied into a lot of National Legislations. Sometimes this was a starting point for action, but in other countries, it was the start for a continuous process of "lip-service" to the ideas of primary health care, without concrete political commitments.

When action was undertaken four strategies emerged:

- a. Implementation: for some countries e.g. Cuba, rural areas in China, ... the implementation of the Declaration was in continuity with already existing developments.
- b. Adaptation of existing health system: many countries opted for health care reforms, trying to implement the Alma Ata Declaration by a process of change of the existing structures in health care (e.g. the Netherlands).

- c. Innovation: countries opting for starting a primary health care structure, apart from the existing (private) system (e.g. Spain).
- d. Importation: the primary health care system was "imported" in the framework of bilateral cooperation, multi-lateral agencies or non-governmental organisations.

In the last decade of the 20th century, it became clear that the goal of "health for all by the year 2000" would not be reached. This has led to an analysis of why the Alma Ata approach was not successful. In summary the most important hypotheses that have been formulated in order to understand the developments were:

1. The focus on "selective primary health care" and on "vertical programmes" was disruptive for the development of a horizontal primary health care approach, taking care of individuals, their families and the communities they live in (see also 5.b.). The HIV/AIDS pandemic has been a major cause of shifting the majority of the budgets towards "vertical programmes" and has been detrimental to investment of resources in the development of primary health care locally.
2. The primary health care-strategy underestimated the power of hospitals in the health care system, of the pharmaceutical industry, and failed, to a large extent, to take the clinicians on board. Although the concept of the multidisciplinary primary health care team was present in all documents, in practice there was no clear strategy to train primary health care doctors ("family physicians") who were able to contribute to the PHC-development. Generally speaking the openness of the public towards interventions from public health (campaigns for prevention, health promotion) is influenced positively by the presence of efficient clinical curative services because they contribute to the creation of "trust" towards the health system. The primary health care-services were relying to a large extent on nurses for the clinical work, but very often they were faced with diagnostic responsibilities that they were not prepared for²⁸.
3. Donor agency funding requires results within the period of the funding cycle or the agency's mandate. This encourages short-term planning and readily measured programme objectives. This rules out the engagement in PHC-development looking at bottom-up approaches and participatory structures, involving civil society; it also slows the creation of health infrastructure. Institutionally, international cooperation agencies and research institutions seek to respect the financial and institutional status quo of recipient nations; this favours the adoption of health programme strategies that place little constraint upon national health budgets and make only minimum demands upon the existing institutions of the recipient nations²⁷.
4. The decreasing attractiveness of generalism versus sub-specialisation. In the 1990s the development in health care was towards more sub-specialisation, not only in the medical sector, but also nurses, physiotherapists, public health agents, ... Students are more attracted by the "safe environments" of a (sub)-specialty, than by the comprehensive generalist approach of primary health care. Also at the level of the public, the appreciation goes to high-tech achievements of medical specialists, rather than towards long perspective continuous community oriented developments at the level of primary care.
5. Implementation of the Alma Ata Declaration also faced a political problem: PHC requires decentralisation (District Health System) and "bottom-up"-approach which may be "threatening" for certain political constellations.
6. The ground value of the Alma Ata Declaration was "solidarity", on a global scale. This value came under pressure in the '80s and the '90s. The disappearance of the "Iron Curtain", the "war on terror", the growing "individualisation", the globalisation with increasing

migration,... have all eroded the value of "solidarity" that had been growing in the late '60's and in the 1970's.

7. The content of the declaration was to a large extent filled with ideology: the declaration told people what to do, but not how to go about it. Too many professional and government people believed that the PHC-principles were more than rhetorical policy, and that these idealistic principles alone would suffice as programme and elements that could be directly transferred to the field. Even WHO stated that: "In their post Alma Ata-enthusiasm many decision-makers assume that, since primary health care is supposed to use simple methods, it would be simple to implement"²⁹.
8. The need for contextual adaptation of the principles of the Alma Ata Declaration was underestimated. The PHC-approach was expected to act as a flexible model that, in principle, allows for re-adaptation to local needs and situations. In reality, partly because of its conceptual appeal, partly because of its heavy international promotion by WHO and other international bodies, and partly because the desperate health situations in many countries demanded immediate action, it was often adopted without first exploring and defining the socio-cultural environment on to which it had to be grafted in each country. Health planners in WHO and national governments have failed to grasp the complexity of social organisation within rural settings and have failed to "construct research foundation adequate for describing health and illness as processes constituted as much by forces of languages, socio-cultural structure, political and economic organisation as biological and psycho-physical events"³⁰. This lack of context organisation have caused problems for international agencies, national governments, ministers of health, local authorities, who were defining their central objectives by the theoretical framework of PHC. For example, as many researchers have noted, rural inhabitants generally wanted curative care as much as their urban counterparts. But advocates of PHC often ignore this socio-cultural reality, instead labelling the villagers "stubborn and ignorant" for not quickly perceiving the true advantages of preventive health care, something that took international health care professionals decades to grasp. Here, the perspective narrowed by cultural bias perpetuates "the illusion that PHC is delivering new, valuable messages into a social vacuum"³¹.
9. The enormity of the worldwide problems that the PHC-approach is attempting to tackle are mind-boggling. There is no panacea that will quickly turn wide-spread, global social economic inequalities into a better world. Problems have risen because the lofty, idealistic, rational principles of the initial concepts are difficult to translate into practical action. The proponents of primary health care have understood that, in re-defining and re-orientating human efforts to achieve some measurable improvement in global health status, they will face up to a process that will take many years to accomplish. The process will be completely dependent on inter-digitating aspects of health, society, equity, politics and world order.

All these factors have resulted in the fact that primary health care has been introduced at very variable levels in the countries worldwide. Apart from "intrinsic factors" (the idealistic ambition, the lack of a clear implementation strategy, the underestimation of important powerful actors,...) a lot of "extrinsic factors" have contributed to the actual result. Therefore, the analyses and conclusions need nuance.

4. WHAT ARE THE MAIN FEATURES OF PRIMARY HEALTH CARE THAT MAKE IT USEFUL AS A STRATEGY FOR PROMOTING HEALTH EQUITY AND INTERSECTORAL ACTION?

The central attributes of primary care are: first contact (accessibility), continuity and longitudinality (personal-focused preventive and curative care overtime), patient-oriented comprehensiveness and coordination³² (including navigation towards secondary and tertiary care). This means that the primary health care team deals with continuous care for all unselected health problems in all patient groups, irrespective of social class, religion, ethnicity,... The team deals with early signs and symptoms and combines cure, care and prevention. The emphasis is on effective and efficient diagnostic and therapeutic interventions. Continuity of care is essential and contributes to cost-effectiveness³³. Primary health care starts from the exploration of the expectations of the patient and focuses on the empowering of the individual health and strength (health promotion), addresses individual and cultural norms and values, and takes, when needed the advocacy role. Moreover, a primary health care team acts as the hub in the navigation of the patient in the health care system.

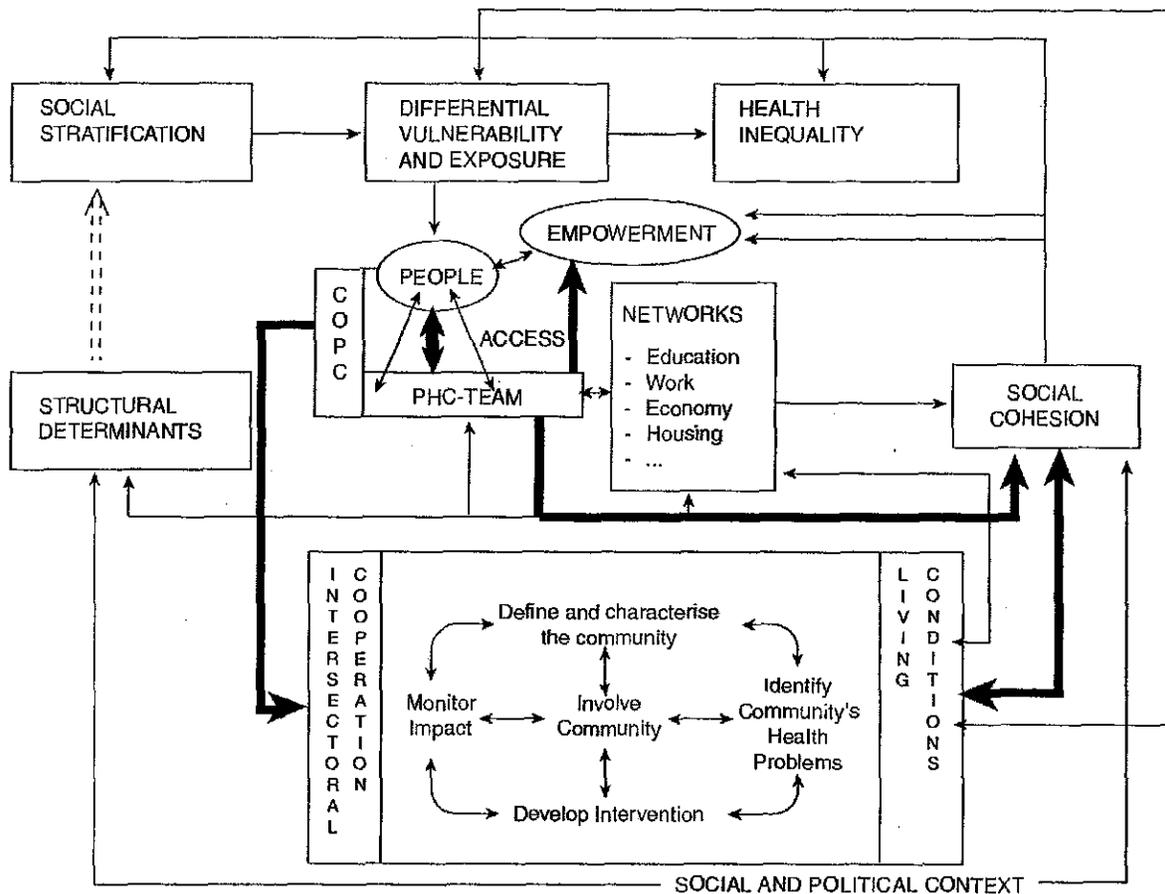
Primary health care teams do not only address the needs of the individuals, but are also looking at the community, especially when addressing social determinants of health. Therefore, there is an increasing interest in integration of primary health care with public health-approaches. Community Oriented Primary Care (COPC) consists of a systematic assessment of health care needs in the practice population, identification of community health problems, implementation of systematic interventions, involving the target population (e.g. modification of practice procedures, change of life-style, improvement of living conditions) and monitoring of the impact of the changes to insure that health services are improved and congruent with community needs³⁴. COPC-teams design specific interventions to address priority health problems. A team consisting of primary health care workers and community members assesses resources and develops strategic plans to deal with the problems that have been identified. COPC integrates individual and population based care, blending the clinical skills of the practitioner with epidemiology, preventive medicine and health promotion. By doing so, it tries to minimise the separation between public health and individual health care. As Epstein et al. explain:

One of the best documented experiences of COPC has been implemented for nearly 3 decades in the Hadassah Community Health centre in Jerusalem, Israel. A family medicine practice and a Mother and Child Preventive Service provided the frameworks for this programme. The health needs of the community were assessed, priorities determined and the intervention programmes were developed and implemented on the basis of detailed analysis of the factors responsible for the defined health states. Repeated evaluations throughout a period of 24 years of a cardio-vascular control programme integrated in the family medicine practice showed the programme to be effective in the increase of hypertension control and reduction on cigarette smoking at the community level. Evaluations at a Mother- and Child health Service revealed that child development in the community improved through an early stimulation programme, an increase in breast-feeding rates and decrease in anaemia prevalence³⁵.

In figure 3, we formulate a hypothesis about how primary health care can be a strategy for promoting health equity and intersectoral action. A first prerequisite is a high level of accessibility of the primary health care team. A second is: the team should deliver high quality care. Moreover, the team should interact with different networks (education, work, economy, housing,...) that are related to important sectors. Apart from an approach to individuals and families, the primary health care team should also address the community, utilising the

Community Oriented Primary Care-strategy. The COPC, the direct action of the primary health care team, and the intersectoral networking will enhance the social cohesion in the community. Both the actions of the primary health care team (curative, preventive) and the increased social cohesion in the community will lead to empowerment of the people. This empowerment is situated at different levels: physical, psychological, social, and cultural. The empowerment of the population will decrease the vulnerability to factors that may contribute to health inequity. Moreover, as the COPC-action will address the living conditions of the local population, the exposure of the people to factors that may be a threat to their health will diminish and the differential vulnerability will decrease. Finally, a better education, better working conditions and decreased unemployment, better housing conditions, access to save food and water, will improve the structural determinants that influence the social stratification. In summary, the multidisciplinary primary health care team, operating in a network with other sectors will promote health equity through increased social cohesion and empowerment.

Fig. 3: Primary health care as a strategy for promoting health equity and intersectoral action.



Cuba is a good example of how this can work. Health is considered as the principal component for the quality of life and the strategic aim in the development of the society. The health system in Cuba is based in the sense of the value as a human right and the appropriation of the community. The pillars of the system are: multi-sectoral approach (all sector: health, education, accommodation, culture,...); multidisciplinary approach; participation of the population³⁶. This system shows success in access of care and in health outcomes. The infant mortality rate, life expectancy, and other health indicators in Cuba match those in the world's richest countries. A study shows that while secondary and tertiary care suffered in the early years of the crisis because of interruptions in access to medical technologies, primary care services expanded everywhere, resulting in improved health outcomes. Cuban's people reported equal access to health care services or resources and were particularly happy with their primary care services. These findings are consistent with official health care statistics³⁷.

Is the hypothesis that primary health care through its contribution to social cohesion and empowerment addresses the social determinants of health, illustrated in figure 3, documented by research findings?

In an excellent article, Barbara Starfield et al., gave an overview about the contributions of primary care to health systems and health³⁸. There are some studies that look at the impact of primary care on reductions in disparities in health: studies of physician supply, studies of the association with a primary care physician, and studies of the receipt of services that fulfilled the criteria for primary care delivery. Higher ratios of primary care physicians to population are associated with relatively greater effects on various aspects of health in more socially deprived areas (as measured by high levels of income inequalities). Areas in the USA with abundant primary care resources and high income inequality have a 17% lower post-neonatal mortality rate (compared with the population means), whereas the post-neonatal mortality rate in areas of high income inequality and few primary care resources was 7% higher. For stroke mortality, the comparable figures were 2% lower in mortality when the primary care resources were abundant and 1% higher when the primary care resources were scarce. These findings are even more striking in the case of self-reported health. Income inequality and primary care were significantly associated with self-rated health, but the supply of primary care physicians significantly reduced the effects of income inequality on self-reported health stages. People in high income inequality areas were 33% more likely to report fair or poor health if the primary care resources were few. As in state-level analyses, the adverse impact of income inequality on all-cause mortality, heart-disease mortality and cancer mortality was considerably diminished where the number of primary care physicians in county level analysis was high. Eleven years of state-level data found the supply of primary care physicians to be significantly related to lower all-cause-mortality rates in both African American and white populations, after controlling for income inequality and socio-economic characteristics (metropolitan area, percentage of unemployed and educational levels). In these state-level analyses, the supply of primary care physicians had a greater positive impact on mortality among African Americans than among whites. The association between a greater supply of primary care physicians and lower total mortality was found to be 4 times greater in the African American population than in the white majority population, indicating a reduction in racial disparities in mortality in the U.S. states.

The equity-related effect of having a good primary care source also was found in the study that examined the degree of primary care-oriented services that people received. Good primary care experiences were associated with reductions in the adverse effects of income inequality on health, with fewer differences in self-rated health between higher and lower income-inequality areas where primary care experiences were stronger. Another study showed that among both white and African American populations in both urban and rural areas in the United States, the rates of low

birth weight were lower, in both absolute numbers and ratios of rates, where the source of care was a community health centre. A study comparing the situation of diabetes-related lower-extremity amputation in the United Kingdom and in the United States concluded that in the United States blacks had rates 2 to 3 times higher than in the white population, whereas in the United Kingdom, the rates were lower in black men than in the white population. The findings persisted even after controlling for socio-economic differences, thus confirming other findings that a health system oriented towards primary care services (such as in the United Kingdom) reduced the disparities in health care so prominent in the United States.

Primary care programmes aimed at improving health in deprived populations in less developed countries, succeeded in narrowing the gaps in health between socially deprived and more socially advantaged populations. A matched case-control study in Mexico found that some aspects of primary care delivery had an important independent effect on reducing the odds of children dying in socially deprived areas. These processes included adequate referral mechanisms, continuity of care (being seen by the same provider at each visit) and being attended in a public facility designed to provide primary care³⁹.

A study in Bolivia found that the community based approach to plan primary health care services in socially deprived areas lowered the mortality of children under age 5 compared with adjacent similar areas of the country as a whole⁴⁰. In Kerala (India), 74% of the population lives in a village with a primary health care center. Their infant mortality rate is 16 per 1000 live births. By contrast, in Uttar Pradesh State, only 4% of the population has access to PHC, and the infant mortality rate is 87 per 1000 births⁴¹.

Studies in other developing countries showed considerable potential of primary care to reduce the large disparities associated with socio-economic deprivation. In 7 African countries, the wealthiest 20% of the population receives well over 3 times as much financial benefit from overall governments spending as does the poorest 20% of the population (40% versus 12%). For primary care services the ratio of rich to poor in the distribution of government expenditures was notably lower (23% to the top group versus 15% to the lowest group), leading one international expert to conclude that "from an equity perspective, the move towards primary care represents a clear step in the right direction"⁴². An analysis of preventable deaths in children concluded that in the 42 countries accounting for 90% of child deaths worldwide, 63% could have been prevented by the full implementation of primary care. The primary care interventions included integrated care addressing the very common problems of diarrhoea, pneumonia, measles, malaria, HIV/AIDS, preterm delivery, neonatal tetanus and neonatal sepsis⁴³.

Starfield et al. find a rationale for the benefits for primary care for health in (1) greater access to needed services, (2) better quality of care, (3) a greater focus on prevention, (4) early management of health problems, (5) the cumulative effect of the main primary care delivery characteristics, and (6) the role of primary care in reducing unnecessary and potentially harmful specialist care. The "evidence" for this impact can be found in the original article by Starfield et al⁴¹. Within the scope of this paper we limit ourselves to the first point: primary care increases access to health services for relatively deprived population groups. Primary care is the point of first contact with health services, facilitates access to the rest of the health system. In the United States, socially deprived population subgroups are more likely than more advantaged people to lack a regular source of care. Analysis reported by Weinick and Kraus⁴⁴ and Lieu, Newacheck and McManus⁴⁵ confirm the finding that there is less or no difficulty in access to care when the source is a primary care source. Once people do have access to adequate primary care services,

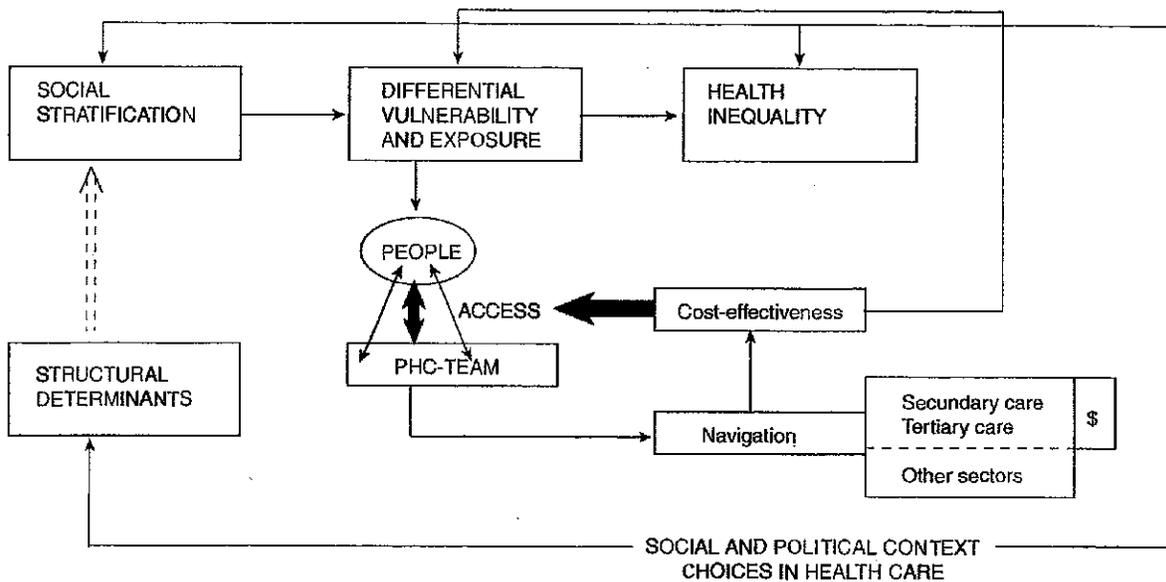
deprived coloured minority groups often report better experiences with their care than the white majority population does, particularly when the studies were conducted in organised health care settings that, by design, eliminated many of the access barriers to primary care services.

In figure 4 we formulate the hypothesis that primary health care can also be a strategy for promoting cost-effectiveness and access to health care.

At present in many countries health care is uncoordinated access to hospital and specialist care is unrestricted for those who can afford it. Yet, direct specialist care often leads to a very costly cascade of diagnostic and therapeutic interventions, with even some potential for iatrogenic peril. In figure 5 we propose that the PHC-team is the point of access to medical care for the whole community and functions as “navigator” through secondary and tertiary care and other sectors. The vast majority (over 90%) of presented problems – all the “common” illnesses – are managed at the inexpensive primary care level⁴⁶. Difficult or uncommon problems are referred by the navigator-PHC-team which leads the patients through the complicated medical maze of specialists and procedures, thus making sure that the patients receive the most appropriate care and avoiding unnecessary costs due to a mismatch of specialist and medical problem. This leads to better health outcomes⁴⁴ and at the same time makes health care much more cost-effective. The expensive inadequate use of specialist care will diminish and the use of financial resources will be optimized. Money saved by avoiding unnecessary health care expenditures becomes available for further development of and improved access to primary care and for making secondary care affordable for those who need it. Maximal access to primary care with sufficient referral opportunity will decrease health inequality and the differences in vulnerability.

Fig. 4: Primary health care as a strategy for promoting cost-effectiveness and improving access.

Primary health care as a strategy for promoting cost-effectiveness and improving access



Research has shown that in industrialized countries health expenditure per capita is on average less in countries with a strong primary care orientation, including the navigator function⁴⁷. For developing countries research data are lacking, but there is no reason why results would be different.

5. ENABLING AND LIMITING FACTORS THAT ACCOUNT FOR ACHIEVEMENTS AND FAILURES OF A STRATEGY BASED ON PRIMARY HEALTH CARE

A lot of factors contribute to the strength of a primary health care system in addressing the social determinants of health.

a. the need for adequate resources for health care

In the Western-European countries, either a tax-based "Beveridge"-system or a social contribution-based "Bismarck" system is used, or a combination of both. In developing countries, however, tax-based resources are limited, and, as a large part of the economy is situated in the "informal sector", a social security system, based on contributions on wages only reaches a small part of the population (e.g. in Bolivia, the "CAJA" only reaches 15% of the population). Therefore, a solid basis of the financing of the health care sector is of utmost importance. In an increasing number of countries, social security systems are developing. In other countries, the market is left over to "for-profit" private insurance companies. They are active in large parts of the world: Eastern-Europe, Latin-America, Western Africa,...

Box 1: The establishment of a reimbursement system for health care costs in Ecuador: the experiment of "Salud de Altura" - Johan Herteleer (Belgium)

According to ENDEMAIN survey, the poorest 20% of the Ecuadorian population spend 40% of their family budget on health, while the 20% wealthiest people only spend 6%. This difference reveals the deep inequities in Ecuador's health system where poor sectors have access to expensive and bad quality services while richer sectors have access to better services and pay proportionally less.

The introduction of the universal health insurance (Aseguramiento Universal de Salud -AUS) represents a proposal to breakthrough the inequitable health system and to create new opportunities for the entire population to get access to low-cost and good-quality health services. The AUS will provide a comprehensive package of health promotion, prevention and curative care through health services at first and second level, which will cover the poorest 20% of the population with public financing, to incorporate progressively the whole of the population with a mix of public and private financing.

The AUS will not only change the demand side characteristics because it will include underprivileged sectors of the population, but will also create changes on the supply side with separate roles for regulation, funding, insurance, provision of services, and local management. Incentives should ensure more efficient and better quality services.

The Project 'Salud de Altura', which is part of the Belgian Cooperation, collaborates with the Municipality of Quito to implement the AUS in the Metropolitan District, with a target population of 350.000. The project also facilitates the merge of the Municipal Health Insurance system, which covers middle-class people based on private funding, with the AUS, and aims to expand the coverage of the AUS population to groups such as illiterate women, their children, and disabled people.

The health policy promoted by international aid-agencies may also have played a specific role through the promotion of the private sector. Five different, sometimes complementary, ways in which the transfer of health care delivery to the private sector has been fulfilled are distinguished⁵³:

1. Governments underfinanced public services, allowing the private sector to offer care without having to deal with subsidised competition. Typically, this was the scenario adopted by Sub-Saharan Africa and Andean countries.

2. Governments, accepting the efficiency arguments of the international agencies, gradually reduced the operational role of the public sector to a greater focus on disease control programmes. International agencies financed such programmes.
3. Governments sub-contracted health care to the private sector (in a very limited number of countries such as Lebanon, Colombia, Zambia). In Latin-America international financing institutions also promoted and financed the privatisation of health care.
4. Governments leased or sold public hospitals to the private sector. The best known experiences, promoted by World Bank authors as options of public-private partnerships, are Stockholm's St.Goran's and a few converted Australian hospitals. In low and middle-income countries, this pathway (leasing or selling public hospitals to the private sector) was the exception rather than the rule. Examples included the former Soviet-Union and Albania.
5. Governments granted managerial autonomy to public hospitals, blurring the boundaries between public and for-profit objectives.

In practice, it was the underfunding of the public sector that most frequently led to privatisation. This under-funding happened in many countries in the 1990's as evidenced by the gap shown by the WHO Macro Economic and Health Commission Report⁴⁸. The World Bank and the International Monetary Fund effectively reinforced the liberalisation of services by starving them of public resources.

b. choices in health care: hospitalo-centrism versus primary health care; horizontal (person and community oriented) versus vertical (disease-oriented)

In most of the developing countries, the majority of resources go to secondary and tertiary care hospitals, looking after a small part of the population. As in Western countries, the attractiveness and the "power" of hospitals in the health care system are quite strong³⁸. A hospital is more "visible". Primary health care is much more dispersed in the community, under the form of clinics, community health centers, district health hospitals. In the last 20 years, another "antagonism" has become increasingly important: the antagonism between horizontal (person and community oriented care) and vertical (disease-oriented) care. Shortly after the Alma Ata Declaration, the concept of selective primary health care underpinned the vertical "disease-oriented" programmes. The AIDS-epidemic in the 1980's gave a strong impetus to this development of vertical programmes. The World Bank, IMF, the Global Fund, Bill and Melinda Gates Foundation, US-Aid,... all of these organisations have concentrated on vertical programmes. Although enormous amounts of money are invested in those vertical programmes, the overall-performance of disease control programmes is poor⁴⁹. For tuberculosis, for HIV and for malaria the Millennium Development Goals will not be met in Latin-America, Sub-Saharan Africa, South and South-East Asia. An overview of the literature on vertical versus horizontal programmes found very few studies providing empirical evidence in this area, and the overall quality of the studies was less than desirable. The authors conclude that vertical and horizontal approaches do not have to be seen as mutually exclusive but rather as complementary strategies, thus pointing to the need to discard the dichotomy of the one versus the other⁵⁰: "Given the capacity constraints of existing services, expansion of access to priority interventions which can feasibly be delivered independently of the health service infrastructure, may need to rely on vertically delivered programmes in the first instance". This is in contradiction with other literature that demonstrates clearly that there is a need to integrate programmes into local health facilities in order to achieve reasonable prospect for successful disease control^{51, 52, 53}. These

authors point to the merit of integrating curative and preventive care. Examples include the potential for detecting a patient with tuberculosis amongst those with cough, or suggesting vaccination to a patient or to a population with whom the practitioner (e.g. a family physician, a nurse clinician,...) has established trust.

The problem with vertical programmes is that they address only a fraction of the demand or need for health care. Patients are likely to demand a range of treatments, spanning curative care, relief from suffering, reassurance, prevention and advice on use of health services – not just a control of one single cause of ill health. In contrast, vertical programmes focus on restricted objectives, largely ignoring patient's demand for access to wider health care. This dialogue between "programme", professional and patient is limited to matters of education and information – one-way communication – to promote the campaign objectives⁵⁴. A report prepared for the Swiss Agency for Development and Cooperation identifies other disadvantages of vertical programmes: they create duplication (each single disease control programme requires its own bureaucracy), lead to inefficient facility utilisation by recipients, may lead to gaps in care, are incompatible with decent health care delivery and, where funded externally, undermine government capacity by reducing the responsibility of the state to improve health care in its own services⁵⁵.

Recently, a new phenomenon is influencing the developments in a negative way: vertical disease-oriented programmes, funded by international donors, "extract" the skilled local health personnel out of the local primary health care system in order to employ them, at much better financial conditions, in vertical programmes (see 5.d.). This type of internal "brain-drain" has devastating consequences.

In order to deal with these problems, a "code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries" has been established⁵⁴:

1. Disease control activities should generally be integrated, with the exception of certain well-defined situations. They should be integrated in health centres, which offer patient centred care.
2. Disease control programmes should be integrated in not-for-profit health facilities.
3. Disease control programmes should plan to avoid conflict with health care delivery.
4. The administration of disease control programmes should be designed and operated to strengthen health systems.

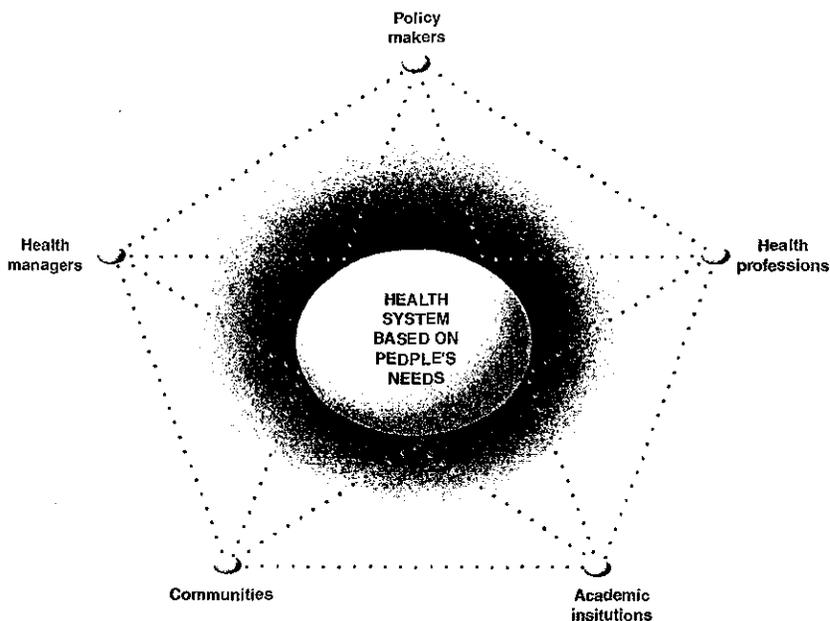
c. administrative and organisational aspects

Decentralisation is a key-prerequisite in order to enhance the development of primary health care, but the politics of decentralisation are sometimes difficult to put into practice, especially in those countries with a strong central political power. On the other end, there may be disadvantages with decentralisation in the absence of well defined objectives from the national health policy.

There is nowadays a consensus that the most appropriate model for organisation of health care services utilises the "district health system". The geographical integration of clinics, health centers and district health hospitals in order to take care of the preventive and curative needs of a population has been successful in many countries e.g. South-Africa. There is a need for innovative management strategies which effectively address the concerns of all stakeholders, when modernising health policies. From research it is clear that extended community and patient participation models, national frameworks for inter-professional education and representation, mechanisms for multiple funding and accountabilities and the diversification of non-governmental organisations and their roles are needed⁵⁶. One of the approaches formulated in the

1990s is the "Towards Unity for Health"-approach. This approach advocates that the challenge of setting up a sustainable health system based on people's needs, calls for the active contribution of the stakeholders, or health partners. Although there may be others, five principal partners have been identified: policy-makers, health managers, health professionals, academic institutions and communities. (see figure 5)⁵⁷

Fig. 5: The TUFH approach: the partnership pentagon
PARTNERSHIP PENTAGON



All partners have their own features and references, strengths and constraints, expectations and agendas. But this heterogeneity can be mitigated if the partners share a common set of values such as quality, equity, relevance and cost-effectiveness, as well as a certain vision for future health services delivery. The pentagon illustrates the richness of possible permutations in establishing working relationships among partners with the common aim of creating a health service based on people's needs. Examples of TUFH-projects are: forging partnerships between a community women's collective in Londrina, Brazil, with a local university and a primary care clinic to employ community health needs; designing a malaria prevention and economic development project in Eldoret, Kenya involving school children, local community and university⁵⁸.

Box 2: Developing primary care in Chile with parity of stakeholders interests.

Authors: Montero J - Moore P. Department of Family Medicine, University Catolica de Chile

The Chilean health reforms propose a fresh approach to interprofessional education and representation through a new organizational model of primary care. The reforms aim to reduce marked inequalities in health, to modernize the health system in response to demographic and epidemiological changes and to improve the overall management of the health system.

One of the main projects associated with the reform creates a non-governmental organization that manages six model family-health teaching centres in the poorest areas of Santiago. These provide more effective health care and create a training centre for primary care professionals. Each centre has a health team consisting of doctors, nurses, social workers, psychologists, midwives, physiotherapists, dieticians and health administrators working in relative equivalence in the executive committee. Lay members participate in this and in the community committee. With the support of computerized clinical and administrative information, the teams create appropriate solutions, both for local problems and for multidisciplinary primary care teaching programmes.

There has been close collaboration in the development of this project between local municipal government and the university. Each institution provides support including financial resources, both in the initial investment and for the running costs.

For example:

- The Ministry of Health provides resources on a per-capita basis, on the condition that the centres provide a fixed "basket" of services. It will also provide scholarships for post-graduate training in the centre.
- Many of the members of the health team have academic posts at the University and divide their time between clinical work and teaching.
- The municipality provides the land where the centres are being built and facilitates the running of the centre and the community work.
- Whether Chile needs specialists in primary care has been questioned, and there has been resistance to NGO involvement. However, thanks to collaboration, there is broad-based support for multiprofessional primary care.

Box 3: The Bromley by Bow Health Centre. London. United Kingdom.

Author: Dr Sam Everington - WONCA - Europe - five star doctor 2006.

The Bromley by Bow Health Centre has developed over a number of years as a partnership between public, private, voluntary sector and patients. It started as a church which was converted in 1984, the Health Centre building opened in 1997, The Café and Art wing in 2000 and the "Enterprise Bar" in 2005. Its philosophy is integration of over 100 different projects, a sharing of all spaces and a living building that matches the functions of those working and using the centre. The centre is contracted by the local authority to manage the two acre Park it sits in, and delivers a safe and beautiful space for the local community. The philosophy is, to improve the health of the community you have to address not just traditional health issues, but peoples other health needs – employment, education, the environment and creativity. The centre is owned by the community and with a "can do" culture supports all to manage and improve their health and to become social entrepreneurs. The centre integrates all ages and cultural groups and supports all in the community, to be partners as much as users and actively participate. It backs people before structures. The local community is 50% Bengali and 25% other ethnic minority groups. At least a third of the community use the centre on a regular basis and 90% at least once a year. The users of the centre completely reflect the demography of the area.

d. manpowerplanning for primary care: education and training, recruitment and retention

All over the world, but specifically in developing countries, there is a problem for recruitment and retention of primary health care providers, especially physicians and nurses. Nowadays there is a "brain-drain"-carrousel worldwide. In developing countries, there is a shift of workforce from the local primary health care system towards vertical disease-oriented programmes, sponsored by international donors. Moreover there is a shift from rural areas and townships towards more

affluent areas in cities. In Africa, there is a constant brain-drain of doctors from central Africa towards Southern African countries (Zambia, Zimbabwe, South-Africa,...). In South-Africa one out of 4 physicians trained in the country emigrates towards the United Kingdom, Canada, United States, Australia. Also from Asia (especially India) there is an important move towards Western countries. Nowadays 25% of the physician-workforce in the United States consists of international medical graduates, and in New-Zealand this is even 34.5%⁵⁹. In the United Kingdom, 10.9% of all medical doctors are from India. In the Philippines, doctors are "re-trained" to become "nurses", which allows them to emigrate to the United States. In Latin America, there is an overproduction of doctors and moreover an inability to pay them, which leads to an internal "brain-drain": doctors becoming taxi-drivers; in Jamaica 41.4% of all doctors trained, emigrate. Although some Western countries (e.g. the United Kingdom) stopped active recruitment of doctors and nurses in developing countries, there are still "opportunities" e.g. for migration of physicians to the United States: graduates in Africa can apply in Kampala, in Cairo,... to pass the American "entrance examination". Looking at the health migration crises, it is clear that we have to avoid exploitation of the training expenditures of poorer countries. At national level in higher income countries we need, importantly, to bring into consideration:

1. Demand that is ever increasing (as a result of the familiar forces of growing economies expanding technologies and aging population) but that is also highly responsive to public expenditure plans, cost containment policy and political support for health care delivery models such as managed care;
2. Numbers in training are largely market-determined;
3. Pay and employment conditions, which in countries such as the United Kingdom are largely determined by policy makers and in countries such as the USA, where private sector employment dominates, are largely market-determined⁶⁰. The major challenge remains to answer the question of how people who are locally trained can be motivated to work in the areas where the poor and underserved live. An investigation on the situation in Ethiopia illustrates the complexity of the processes⁶¹. There are two main determinants of the willingness to work in a rural area: income of the parents' household and the students' willingness to help the poor. It seems that women are significantly more likely to want to help the poor than men and having attended a NGO-school can also have an effect. In Ethiopia 2/3 of the nursing students and 90% of the medical students want to work in an urban area in the long run. From a simulation experiment it became clear that where starting nurses and doctors can choose between two opportunities, an urban post with basic salary or rural post where they receive basic salary plus premium, it does not have to be very expensive to get all starting health workers to take up a rural post. The WHO has addressed the brain-drain problem in the World Health Report 2006: "Working together for health"⁶². A plan of action describes the 10-year goal in all countries to build high-performing workforces for national health systems to respond to current and emergent challenges. Globally a range of evidence-based guidelines should inform good practice for health workers. Effective cooperative agreements will minimise adverse consequences despite increased international flows of workers. Sustained international financing should be in place to support recipient countries for the next 10 years as they scale up their workforce.

In many developing countries there is a search for "mid-level health care workers": they should have clinical skills and be positioned somewhere between the work nurses are doing and the work of primary care physicians.

Box 4: Development of training programmes for primary health care workers in Southern and Eastern Africa
Authors: Prof. Jannie Hugo – Family Medicine – University of Pretoria (South-Africa).

The District Health System (DHS) is the mode to deliver basic health care in South Africa. The district health authority delivers basic care in coordination with private and NGO health care and integrates vertical health programmes at the level of individuals, their families and the communities.

Family medicine in South Africa is the clinical discipline for primary care, district health, general practice and rural health. An important role of the family physician is to facilitate integration of patient care throughout the district providing continuity of care between home, clinic and hospital and also to integrate vertical programmes at the level of the family and the clinic. A national programme for development of family medicine and district health care includes the creation of family medicine departments in districts, development of a national training programme in family medicine and the development of district based learning complexes. A project funded by the Belgian Government VLIR-ZEIN 2003 PR290, coordinated by Prof. J. De Maeseneer (Ghent University), assisted the Family Medicine Education Consortium (FaMEC) since 2003 to collaborate with government and other organisations to support these developments. At least 52 district based training complexes are being developed in underserved rural and urban areas at the moment.

In response to the policy of the DoH, FaMEC took the lead in the development of a new category of midlevel medical worker, namely a "clinical associate". The clinical associate will work as an assistant to the doctor with procedures in the district hospital. Training of clinical associates will be in health science faculties and based mostly in the same developing district learning complexes.

District learning complexes are developed jointly by university health science faculties and provincial health departments and include learning infrastructure with e-learning and skills laboratories. Inter-professional learning for district based health workers already includes programmes in nurse clinician, post-graduate family medicine, undergraduate district health and community obstetrics, occupational therapy and physiotherapy training. Community health worker and management training is being planned. Service improvement and service learning are integral parts of the development of learning complexes. Discussions have started to develop these learning complexes into fully fledged district based health science faculties.

In a south to south collaboration between South Africa and 4 East African countries (Uganda, Kenya, Tanzania and DRC), a new Belgian funded project VLIR-ZEIN 2006 PR320 supports a project that aims to integrate above developments with similar initiatives in those countries.

Box 5: The contribution of primary health care in remote rural areas in Australia.
Author: Dr Vladislav Matic- MBBS (Syd) FRACGP FACRRM - Board Member RARMS

The problems of the region were extreme. Social and professional isolation, 55% Aboriginal population, an average community life expectancy below many third world nations and a long term shortage of medical practitioners and an absence of allied health services.

The state wide rural doctor support agency, RDN, then facilitated a gathering of stakeholders comprising doctors, practice staff, community representatives, local government, hospital and area health service representatives, aboriginal health service, commonwealth government and public health organizations. Out of this gathering the following strategies, structures, systems and solutions were created:

1. that these stakeholders would meet on at least a quarterly basis guaranteeing strong community and regional input into, and guidance of, the primary care system;
2. that the RDN would form a not for profit corporate structure, with representatives of the main stakeholders forming the board of the company, titled Rural and Remote Medical Services Pty Ltd (RARMS), and that RARMS would seek Commonwealth funding to facilitate the machinery of a medical practice, thereby removing

the onus for doctors to have to own and run a medical service, effectively removing the risks and obligations inherent in owning and operating a business. RARMS would then tithe a percentage of doctors' earnings to allow return on investment and ensure sustainability. The underlying premise was that the structure and system would return an operating profit which would then be kept in trust for the community of origin, to ensure long term survival, allow for replacement of equipment and the development of new services as possible or identified as required.

3. That doctors would be assisted to relocate to the community, be supported in establishing their medical practice, and possibly most importantly be allowed to leave at any time without penalty or negativity. This philosophy is entitled - Easy Entry / Gracious Exit.

4. That the contribution of each practitioner would be considered as valuable and not be measured against some arbitrary minimum or expectation.

5. That each practitioner would be considered in the context of a family unit and that as such the transition of the whole family unit would be assisted with employment opportunities for spouses, assistance with housing and schooling if required, and that community introductions and support networks would be encouraged and actively supported.

6. This initiative in short time was expanded to include an adjacent community with similar problems, thereby improving the economies of scale for management and board.

In the relatively short time of 5 years, there are now nine doctors in these two communities where there were previously two, there are regular podiatry, exercise physiology, dietetics and speech therapy services in each community where there were none, practice nurses in each practice and most notably of all, admissions to the local hospital have fallen by 70% .

I believe this demonstrates that even in the most remote, disadvantaged and difficult of communities and regions, a broad involvement of all stakeholders, the removal of business imperatives and obligations, acknowledgement that health workers are parts of family units, and an underlying philosophy that all contributions are valuable and that no fixed expectations of service should be foisted upon health professionals, will lead to a stable and sustainable health workforce.

The next major learning is that this experiment clearly demonstrates that an effective and focused community guided primary care system can dramatically improve the immediate and long term health outcomes of the community, and perhaps most importantly for all of us, as health care becomes less affordable for governments and individuals, that an effective primary care structure will dramatically reduce the need for, and demand pressures upon, secondary care resources such as hospitals.

e. financing primary health care

There is not much literature about the effects of different payment systems in primary health care on provider, patient and society. In a literature review De Maeseneer et al.⁶³ describe different payment systems: fee-for-service (payment is made for units of service), capitation (unit paid for the patient), integrated capitation (a payment for services delivered by different providers or at different levels of care, all of which are incorporated into a defined amount of money), salary (payment for units of time and a contractual arrangement). In most of the countries nowadays there are mixed payment systems: target, infrastructure-related and function-payments. Table 2 gives an overview of the effects of payment system on provider, patient and society.

Table 2: Effects of payment system on provider, patient and society

| | <i>Mode of payment</i> | | | | |
|-------------------------|------------------------|------------|-----------------------|----------|---|
| | Fee for service | Capitation | Integrated capitation | Salary | Essential conditions |
| <i>Provider of care</i> | | | | | |
| - activities | ++ | + | + | 0 | |
| - income security | ? | + | ? | ++ | Manpower-planning |
| <i>Patient</i> | | | | | |
| - humanity | ++ | + | + | - | Workload |
| - access | + | ++ | ++ | ++ | Management of waiting lists for salary system |
| - free choice | ++ | + | + | 0 | |
| <i>Society</i> | | | | | |
| - accountability | -- | ++ | +++ | ++ | |
| - equity | - | ++ | | ++ | |
| <i>Boundaries</i> | cost-sharing | | risk selection | scarcity | Health information system |

Key

"-" to "--" degree the objective is hindered

"0" effect neutral

"+" to "+++" degree the objective is aided

The authors conclude: "Our analysis suggests that a capitation-based system of payment should most appropriately form the basis of any system of primary care physician payment. In addition to this financial mainstay a combination of the other payment systems will be required to finance most appropriately the work of GPs and the primary health care team. The most suitable combination will depend upon the budget available and the particular country in question. The complexity and variety of tasks undertaken by the members of the primary health care team are considerable and require a similar flexible and innovative system of payment".

More recently, "pay-for-performance" has been introduced in order to enhance the quality of primary health care. There have been positive outcomes, certainly in the field of prevention and chronic disease management, but there are also important adverse effects, especially in relation to access for the poor⁶⁴.

Box 6: Pay-for-performance in Costa Rica.

Author: Werner Soors, Institute of Tropical Medicine, Antwerp – Belgium.

Performance Agreements (*Compromisos de Gestión*) are a distinctive feature of the Costa Rican health reform. The steady introduction of primary health care clinics (EBAIS, *Equipos Básicos de Atención Integral en Salud*) within a district framework (*Áreas de Salud*) since 1994, and the transfer of all service provision from the Ministry of Health to the Costa Rican Social Security Fund (CCSS, *Caja Costarricense de Seguro Social*) are the fundamentals of this reform. Both measures affirmed the country's commitment to universal coverage and consolidated the option of public service provision. Back in the 90s, none of them was favoured by the World Bank, which persisted in dividing the CCSS into separate financing, purchasing and providing institutions, and advocated the introduction of private insurance companies. The Costa Rican government rejected the Bank's proposals, but eventually agreed on a purchaser-provider split within the CCSS in the form of embryonic management contracts.

Performance Agreements, introduced in Costa Rica since 1996, aimed at improved service delivery by gradually replacing historical financing by payment for performance. The agreements consist of a yearly negotiation between a CCSS central body and CCSS providers on a list of indicators and targets for a limited number of programme items. At EBAIS level, initially 10% of the budget was assigned to per capita payments adjusted for the pattern of service use as determined by mortality rates and the sex and age structures of the population served. On occasions, external observers have pinpointed the increasing complexity of the agreements, which may militate against their objectives^{65,66} (for an in-depth discussion, see Adolfo Rodríguez Herrera 2006). An ongoing research in the Huetar Atlántica region, conducted by a team from the Antwerp Institute of Tropical Medicine (Jean-Pierre Unger, Pierre De Paepe and Werner Soors) in co-operation with the medical division of the CCSS, reveals a series of side effects of Performance Agreements (PA) at EBAIS level:

- As far as clinical examination and diagnosis are concerned, the coincidence between registered and observed activities is lower in PA than in general care consultations;
- Consultation time dedicated to note taking only is higher in PA than in general care consultations;
- Indicators of patient-centred care score lower in PA than in general care consultations;
- A handful of PA-items consumes on average 56% of all available consultation time;
- Between 43 and 90% of the population refers difficulties to access general care not covered by the PA.

Obviously, the poor are the first to be directly affected, as they have little options (they can wait, go to an emergency ward, or simply forego consultation). In the end they might suffer even more. Middle classes are pushed towards the private sector, thus eroding the solidarity that has been the foundation of the Costa Rican social policy for over fifty years. To avoid the disruption of an exceptionally successful public health system, Costa Rica might need to scale down its Performance Agreements.

f. equity – access – quality – efficiency

In this paper we have argued that primary health care may contribute to equitable care through improving access on the one hand and through a contribution to social cohesion and empowering people on the other hand, so that they become less vulnerable. This only occurs when quality of care is optimised. Accessibility without quality, may be even dangerous. In a recent field study in Limpopo (South-Africa) it became clear that in 24.3% of the patients diagnosed with upper respiratory tract conditions, at the level of the clinics, nurses prescribed antibiotics. Of course, the nurses are not responsible for this problem, but it makes clear that diagnostic performance may be as important as accessibility of therapeutics. So there is a need for increasing clinical competence at the level of primary health care, in order to avoid that developing countries become "over-treated" e.g. with antibiotics, with the resulting resistance problems²⁸. Therefore, there is a need for family physicians operating as the clinical discipline, together with other providers at the primary care level. Finally, equity is closely linked to "efficiency": implementation of evidence based medicine, taking into account "contextual evidence" (including

e.g. traditional medicine) and "policy evidence", may contribute to "more health" and more equity. This will of course require a re-orientation of the health care utilisation by the public: in a lot of big cities in developing countries, one can visit local health centers, including a maternity department, where the last delivery took place 5 or 10 years ago. In the meantime hundreds of pregnant women are queuing at the obstetrical department of the tertiary university hospital. So, involving the public in this change of utilisation patterns will be very important.

g. primary health care and intersectoral action

As we described, the primary health care team is in itself multidisciplinary, and addresses both health and well-being. In order to do so it has to establish close links with education, work, economy, environment, socio-cultural sector,... Primary health care operating at the crossroads between the health care system and society is well situated to contribute to a process of information gathering that could be of high societal relevance. The utilisation of adequate classification instruments (e.g. the International Classification of Primary Care)⁶⁷ for the collection of data at the primary care level, may document clear indications about where people experience problems with their living conditions. If adequately transferred to the local political level, this kind of information may underpin inter-sectoral action e.g. in the field of economy, employment, environment, traffic safety,...

6. WHAT POLICY MEASURES ARE NEEDED TO ENHANCE THE IMPACT OF PRIMARY HEALTH CARE ON HEALTH EQUITY?

a. introduction

Discussions about the impact of a primary health care system on health equity always take place in a concrete political context. There are indications that institutions that operate in a democratic country might therefore relate to health through, for e.g., alleviation of social disparities and income inequalities, which results from greater political voice and participation. Improving the health of the worst-off can in turn improve a country's aggregate performance in health. Political institutions might also affect health through their general impact on universal health policy issues, such as universal access to high quality services. By contrast, the absence of representative democracy provides few incentives for political elites to compete for votes, resulting in less political responsiveness and fewer incentives to spread benefits universally or to the poor. Authoritarian regimes suppress political competition and tend to have an interest in preventing human development, because improved health, education and economic security mobilise citizens to advocate for greater participation and more resources⁶⁸. The important policy characteristics for building a primary care infrastructure are: efforts to distribute resources equitably, universal access to financing under government control or regulation law or no co-payments, high proportion of health care expenditures from public rather than private sources.

b. "the political reconstruction of common sense"

Nowadays, ideologically, there is an attempt by financial interest groups to forge a new "common sense". Many of those referred to as experts in the health care environment contribute to the construction of this new common sense by promoting the following eleven fundamentals from which to rethink the system⁶⁹:

1. the crisis in health stems from financial causes;
2. management introduces a new and indispensable administrative rationality to resolve the crisis;
3. clinical decisions should be subordinated to this new rationality if cost control is desired;
4. efficiency increases if financing is separated from service delivery, and if competition is generalized among all subsectors (state, social security, and private);
5. a market approach to health should be developed because it is the best regulator of quality and costs;
6. demand rather than supply should be subsidized;
7. making labor relationships flexible is the best mechanism to achieve efficiency, productivity, and quality;
8. private administration is more efficient and less corrupt than public administration;
9. payments for social security are each worker's property;
10. deregulation of social security allows the user freedom of choice, to be able to opt for the best administrator of his or her funds;
11. the transition of the user/patient/beneficiary to client/consumer assures that rights are respected.

It is important to show that these interpretations are rather the imposition of views defined by financial interests. More than ever it will be needed to defend health as a public good and to stress the need for solidarity in order to guarantee access of all to quality health care.

c. changing societies in a changing world.

The policy measures must of course be situated against the background of the changing society in a changing world. They will have to take in account demographical and epidemiological developments, scientific and technological developments, cultural and socio-economic developments, and globalisation. As the situation may differ quite a lot in different countries and different parts of the world, there will be need to adapt the policy measures to the local context (see 1. and 3.).

d. policy measures that may enhance the impact of primary health care on health equity.

From this research, we conclude that the five following policy measures are needed:

1. To guarantee universal access to (primary) health care through an adequate health system (social security system, national health system,...).
2. To make a shift from a "vertical disease oriented programme" towards an "horizontal-community oriented" approach. Wonca (the World Organisation of Family Medicine)⁷⁰ is discussing the launch of a campaign "10 by 2010", "15 by 2015", aiming at the objective that by 2010, 10% of the budgets of the vertical disease oriented programmes have to be invested locally in the strengthening of the primary health care system (and by 2015, 15%). There should be a signal for international organisations and donors to re-orientate the resources towards the strengthening of primary care.
3. Education, recruitment and retention of adequate staff, improving the clinical and population oriented performance of the primary health care system. The action plan defined in the World Health Report 2006 may be a good starting point. There is a need for training of family physicians, operating in the framework of a primary health care team.
4. Establishment of a performant primary health care service, integrated in the district health system. This primary health care should act as the first point of contact for the population, should be able to deal with more than 90% of all the presented problems, and should act as a filter and help patients to navigate in a cost-effective and high-quality way through the health care system. This team should have an interdisciplinary composition, including family physicians, nurses, health promotion-workers, social workers, nutritionists, and addresses the physical, psychological and social needs of patients, their families and the communities they live in. Through intersectoral cooperation, they should contribute to a "Community Diagnosis", illustrating the underlying structural problems that contribute to ill health. The role of the primary health care in the process of clarifying the importance of social structures and in understanding the social determinants of health may contribute to the transformation of the social quality of the lives of individuals and communities⁷¹. There is a need for integration between public health and primary health care because primary health care is needed to integrate in a comprehensive way the messages and interventions from the public health approach.
5. Health systems should be organised in an intersectoral network, with cross links to environment, economy, work and education at the different institutional levels (national, province, district). For primary health care, the full participation of the local community in the designing of services is of utmost importance, which requires a bottom-up approach. Such a primary health care system could contribute to eradication of diseases and, through its effect on social cohesion and empowerment, decrease the vulnerability of populations and strengthen communities in addressing the social determinants of health.

In conclusion, primary health care has a high potential to address the social determinants of health, as it can contribute to improvement of access, especially for those most in need. Moreover it contributes to empowerment and social cohesion, and is oriented towards the improvement of the living conditions of the local community. Primary health care needs a multidisciplinary team with nurses and family physicians (the clinical disciplines of primary health care), midlevel primary care workers when appropriate, health promotion workers and social workers. Primary health care puts into practice, in the framework of the district health system, the health policy goals, involving the local community and contributes to intersectoral action for health. In order to make the primary health care approach successful, investment of resources is needed, with a shift from vertical disease-oriented programmes towards the strengthening of the local primary health care system.

LITERATURE

- ¹ Social and Cultural Planning Office. Social and Cultural Report 2000. The Hague: Social and Cultural Planning Office; 2000.
- ² World Health Organization. World Health Statistics 2006. Geneva, WHO, 2006.
- ³ The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank. Global Monitoring Report 2006: Millennium Development Goals: strengthening mutual accountability, aid, trade and Governance. Washington, IBRD, 2006, p.4.
- ⁴ Horton R. A new global commitment to child survival. *Lancet* 2006;368:1041-2.
- ⁵ De Maeseneer J, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.
- ⁶ Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003;326:45-7.
- ⁷ Dorling D, Shaw M, Smith GD. Global inequality of life expectancy due to AIDS. *BMJ* 2006;332:662-4.
- ⁸ Mackenbach J, Kunst A, Cavelaars A, Groenhof F, Geurts J. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-9.
- ⁹ Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980-1997. *Health Econ* 2005;14:831-50.
- ¹⁰ Turell G, Mathers D. Socio-economic inequalities in all-cause and specific cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *Int J Epidemiol* 2001;30:231-9.
- ¹¹ Kohn R, Wise P, Kennedy B, Kawochi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ* 2000;321:1311-5.
- ¹² Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Declerck D. Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-old children in Flanders (Belgium). *Community Dent Health* 2001;18:256-62.
- ¹³ Dionne C, Von Korff M, Koepsell T, Deyo R, Barlow W, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:455-68.
- ¹⁴ Ahmed SM, Lemkau JP, Naleigh N, Manu B. Barriers to healthcare access in a non-elderly urban poor American population. *Health Soc Care Comm* 2001;9(6):445-53.
- ¹⁵ Weisbrot M, Baker D, Kraev E, Chen J. The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social Well-being. In: Navarro V, Muntaner C. Political and economic determinants of population Health and Well-being: controversies on developments. New York, Baywood Publishing Company, 2004, pp.91-114.
- ¹⁶ Castleman B. The migration of industrial hazards. *Int J Occup Environ Health* 1995;1(2):85-96.
- ¹⁷ Coker R, Mounier-Jack S. Pandemic influenza preparedness in the Asia-Pacific region. *Lancet* 2006;368:886-9.
- ¹⁸ Doherty J, Gilson L. Proposed areas of investigation for the Health Systems Knowledge Network. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, 2006.
- ¹⁹ Willems S. The socio-economic gradient in health: a never-ending story? Ghent University, Ph.D.-thesis, Department of Family Medicine and Primary Health Care, 2005, pp. 111-121.
- ²⁰ Lord Dawson of Penns. Interim report on the future provision of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.
- ²¹ World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1978.
- ²² Vuori H. The role of Public Health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4:221-30.
- ²³ Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *Social Science and Medicine* 1980;14:145-63.
- ²⁴ Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *International Journal of Health Services* 1984;14:159-72.
- ²⁵ Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". *Social Science and Medicine* 1986;23:559-65.
- ²⁶ Loeliger SF. On programs, processes, approaches and movements: a critical analysis of PHC, supported by a case study in Fiji. MSc-thesis, Berkeley, University of California, Department of health and medical sciences, 1987.
- ²⁷ Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social Science and Medicine* 1986;22:1001-13.
- ²⁸ Vanommeslaeghe F, D'Hondt F. Use of essential medicines in South-Africa. Ghent University, Master-thesis. Faculty of Medicine and Health Sciences, 2006.
- ²⁹ WHO. National health development networks in support of Primary Health Care, Geneva, World Health Organization, 1986.

- ³⁰ Connor LH, Higgenbothom N. A sociocultural perspective on rural health development: a proposal for educating health professionals in Asia and the Pacific. Honolulu, East-West-Center, 1983.
- ³¹ Stone L. Primary health care for whom? Village perspectives from Nepal. *Social Science and Medicine* 1986;22(3):293-302.
- ³² Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- ³³ De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset D, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs. *Annals of Family Medicine* 2003;1(3):144-8.
- ³⁴ Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H. Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century. Washington, American Association for Public Health, 1998.
- ³⁵ Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care. *Am J Public Health*, 2002;92:1717-21.
- ³⁶ Haute Ecole Libre de Bruxelles ILSA Prigogine, Ecole d'Infirmier(e)s et d'accucheuses de l'ULB, Santé communautaire, Mission d'observation et d'étude du Système de Santé Cubain. L'Habana 3-11 Avril 2003, Juin ULB, 2003.
- ³⁷ Nayeri K, López-Pardo C M. (2005). Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union. *International Journal of Health Services*, 35(4),797-816. Available at: <http://ejournals.cbsco.com/Article.asp?ContributionID=7739146>
- ³⁸ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457-502.
- ³⁹ Ryes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J et al. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy and Planning* 1997;12:214-23.
- ⁴⁰ Perry H, Robison N, Chavez D et al. The Census-based, Impact. Oriented Approach: its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy and Planning* 1998;13:140-51.
- ⁴¹ Shekhar S, Rani M. Worlds apart: Why are Kerala and Uttar Pradesh so different in their human developments? *World Bank Report*. Washington: World Bank;2003.
- ⁴² Gwatkin. The need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:720-3.
- ⁴³ Jone G, Steketee RW, Black RE et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
- ⁴⁴ Weinick RM, Krauss NA. Racial/Ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health* 2000;90:1771-4.
- ⁴⁵ Lieu TA, Newacheck PW, McManus MA. Race, ethnicity and access to ambulatory care among U.S. adolescents. *American Journal of Public Health* 1993;83:960-5.
- ⁴⁶ De Maeseneer J. Family Medicine: an exploration. [Ph.D.-thesis]. Ghent, Ghent University, 1989.
- ⁴⁷ Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60:201-18.
- ⁴⁸ Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva, Commission on Macroeconomics and Health, 2001.
- ⁴⁹ Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P et al. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of integrated care* 2006;6:1-13.
- ⁵⁰ Olivera-Cruz, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *J Int Dev* 2003;15:67-86.
- ⁵¹ Ageel AR, Amin MA. Integration of schistosomiasis-control activities into the primary-health-care system in the Gizan region, Saudi Arabia. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology* 1997;91(8):907-15.
- ⁵² Moerman F, Lengeler C, Chirumbwa J, Talisuna A, Erhart A, Coosemans M, et al. The contribution of health-care services to a sound and sustainable malaria-control policy. *Lancet Infectious Diseases* 2003;3(2):99-102.
- ⁵³ Wilkinson D. Tuberculosis and health sector reform: experiences of integrating tuberculosis services into the district health system in rural South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 1999;3(10):938-43.
- ⁵⁴ Unger JP, De Paepe P, Green A. A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Mgmt* 2003;18:S27-S39.
- ⁵⁵ Brown A. Integrating Vertical Health Programmes into Sector Wide Approaches-experiences and lessons. Swiss Agency for Development and Cooperation. London, Institute for health sector development, 2001.
- ⁵⁶ Meads G, Wild A, Griffiths F, Iwami M, Moore P. The management of new primary care organisations: an international perspective. *Health Services Management Research* 2006;19:166-73.

-
- ⁵⁷ Boelen C. World Health Organization. Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva, World Health Organization, 2000.
- ⁵⁸ <http://www.thc-network.tufts.org>
- ⁵⁹ Mullan F. The metrics of the Physician Brain Drain. *N Engl J Med* 2005;353:1810-8.
- ⁶⁰ Pond B, Mc Pake B. The health migration crisis: the role of four Organisations for Economic Cooperation and Development countries. *Lancet* 2006;367:1448-55.
- ⁶¹ Serneels P. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. Oxford, Centre for the study of African economies, 2005.
- ⁶² Anonymous. Working together for health. The World Health Report 2006. Geneva, WHO, 2006.
- ⁶³ De Maeseneer J, Bogaert K, De Prins L, Groenewegen P. Physician payment systems: literature review. In: Brown S. Physician funding and health care systems – an international perspective. London, Royal College of General Practitioners, 1999.
- ⁶⁴ Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. Does Pay-for-performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145:265-72.
- ⁶⁵ Sojo A. Reforming health care management in Latin America. *CEPAL Review* 74. Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2001.
- ⁶⁶ Rodríguez Herrera A. La reforma de salud en Costa Rica. *CEPAL Serie Financiamiento del desarrollo* 173. Santiago de Chile, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2006.
- ⁶⁷ Lamberts H, Wood M. *ICPC: international classification of primary care*. Oxford, Oxford University Press, 1987.
- ⁶⁸ Ruger JP. Democracy and health. *Q J Med* 2005;98:299-304.
- ⁶⁹ Waitkin H, Iriart C. How the United States exports managed care to developing countries. In: Navarro, Muntaner C. Political and economic determinants of population health and well-being. New-York, Baywood Publishing Company, 2004, p.155.
- ⁷⁰ <http://www.globalfamilydoctor.com>
- ⁷¹ Siegrist J, Marmot M (eds). *Social Inequalities in health: new-evidence and policy implications*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

ORIGINAL

Gestión integral del área de urgencias y coordinación con atención primaria

PEDRO GARCÍA BERMEJO, JOSÉ MÍNGUEZ PLATERO, JOSÉ LUIS RUIZ LÓPEZ,
JAVIER MILLÁN SORIA*, CARLOS TRESCOLI SERRANO**, ELISA TARAZONA GINÉS****

*Servicio de Urgencias. Hospital de la Ribera. Valencia, España. **Servicio de Urgencias. Hospital Lluís Alcanyiz. Valencia, España. ***Dirección Área Médica. Hospital de la Ribera. Valencia, España. ****Gerencia. Hospital de La Ribera. Valencia, España.

CORRESPONDENCIA:

José Mínguez Platero
Servicio de Urgencias
Hospital de la Ribera
Ctra. de Corbera, Km. 1
46600 Alzira, Valencia, España
E-mail: jminguez@hospital-ribera.com

FECHA DE RECEPCIÓN:
30-10-2006

FECHA DE ACEPTACIÓN:
4-9-2007

CONFLICTO DE INTERESES:
Ninguno

Objetivo: Valorar el impacto que tiene un modelo único de gestión que integra las distintas áreas de urgencias de un Departamento de Salud sobre la actividad de un servicio de urgencias hospitalario (SUH), así como la repercusión de la creación de un centro de salud integrada (CSI) que actúa como eslabón intermedio entre la asistencia urgente que se presta en los puntos de atención continuada (PAC) y el SUH.

Método: Se estructurarán dos subestudios en el ámbito del Departamento de Salud en el periodo de dos años a partir de abril de 2003. En primer lugar, estudio descriptivo de los distintos elementos para avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes. En segundo lugar, la valoración de la implantación del CSI (estudio evaluativo antes-después).

Resultados: Tras la creación del Centro de Salud Integral (CSI) se observa un descenso de asistencia en el SUH de pacientes de su zona de influencia (30%). El descenso directamente se corresponde con el porcentaje de aumento que ahora acude inicialmente al CSI (34%). Se observa inversión en la curva de crecimiento de asistencia urgente hospitalaria (116.085 personas durante 2005 frente a una estimación de 135.000).

Conclusiones: La gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos en la búsqueda de satisfacer las necesidades actuales del usuario. [Emergencias 2008; 20: 8-14]

Palabras clave: Integración. Urgencias. Gestión única.

Introducción

En la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de concesión administrativa en un servicio sanitario público. Se realizó en el Departamento de Salud 11, en la comarca de La Ribera. Así pues, el modelo de concesión administrativa denominado "Modelo Alzira" se inicia con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera y se consolida con la integración de la Atención Primaria (AP) en abril de 2003, pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención pública sanitaria integral de los 247.000 habitantes que residen en los 29 municipios que abarca dicho Departamento de Salud y de una población flotante anual en torno a unos 60.000 habitantes. Las características del nuevo modelo constituyen una refundación. Así, el hospital desaparece en su concepción actual y se integra en una nueva orga-

nización conjunta que fusiona todos los niveles asistenciales del Departamento. Con la integración de niveles asistenciales, el hospital deja de ser el eje fundamental, y la organización pasa de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud de un Departamento¹.

La labor asistencial del Departamento de Salud 11 se desarrolla en 11 centros de salud, 18 consultorios permanentes y 12 consultorios estacionales (verano), además, obviamente, del Hospital de La Ribera. Los recursos humanos (facultativos) del Departamento consistían: en el SUH 27 facultativos más 1 coordinador contratados por la UTE (Unión temporal de Empresas que gestiona el departamento) más 6 facultativos, que dependen de la *Conselleria de Sanitat* (aunque funcionalmente es el responsable del SUH quien gestiona todos estos recursos). En atención primaria, distribuidos entre todas las zonas básicas hay 46 facultativos dependientes de

UTE y 148 dependientes de la *Conselleria de Sanitat*.

Como primera fase del proyecto de integración la organización ha desarrollado numerosas actuaciones de mejoras estructurales en los diferentes centros de Atención Primaria (AP) del Departamento y que puedan representar una mejora en la utilización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias^{2,3}. En los centros de salud existían 10 puntos de atención continuada (PAC) donde, en la situación previa, se daba la asistencia urgente en AP. Estos PAC han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el servicio de urgencias del hospital (SUH). Esto supone una gran ventaja para el ciudadano, ya que esta información que el médico del centro de salud introduce en el sistema pasa a formar parte de la historia clínica que se utiliza en el Hospital de La Ribera, lo que mejora la comunicación y la coordinación entre distintos niveles de atención. La labor asistencial en los PAC la suelen realizar de 1 a 2 facultativos, un/a enfermero/a y un/a administrativo/a; el horario es de 15:00 a 08:00 hrs.; los recursos técnicos son variados pero al tiempo limitados (carencia de zonas de radiología y observación); y la actividad asistencial tiene lugar tanto en el centro de salud como en el domicilio del paciente. El siguiente eslabón asistencial urgente lo constituye el SUH del hospital de referencia, el Hospital de la Ribera, que se ubicó en Alzira por motivos estratégicos de localización. También se dispone de tres unidades móviles de Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMU) y de diversos Soportes Vitales Básicos (SVB). Con ello se establecían un primer momento dos círculos de atención urgente a la población. La intervención realizada durante los últimos años ha consistido en definir un tercer cinturón de atención urgente (Figura 1), localizado entre el PAC y el SUH, y cuya labor la realizan los Centros de Salud Integrada (CSI) que se definirán más adelante. El presente trabajo describe los pasos llevados a cabo para el desarrollo del proyecto y los resultados obtenidos.

Material y método

Organización inicial de la asistencia urgente

Nos planteamos el guión para el plan de actuación en urgencias que se muestra en la Figura 2, y que a continuación se describe.

Integración de Recursos Humanos (RR.HH.): la integración de los profesionales de AP se realizó mediante programas de inmersión de dichos profesionales en el SUH donde realizaron labores asistenciales y 1-2 guardias al mes. También se realizó

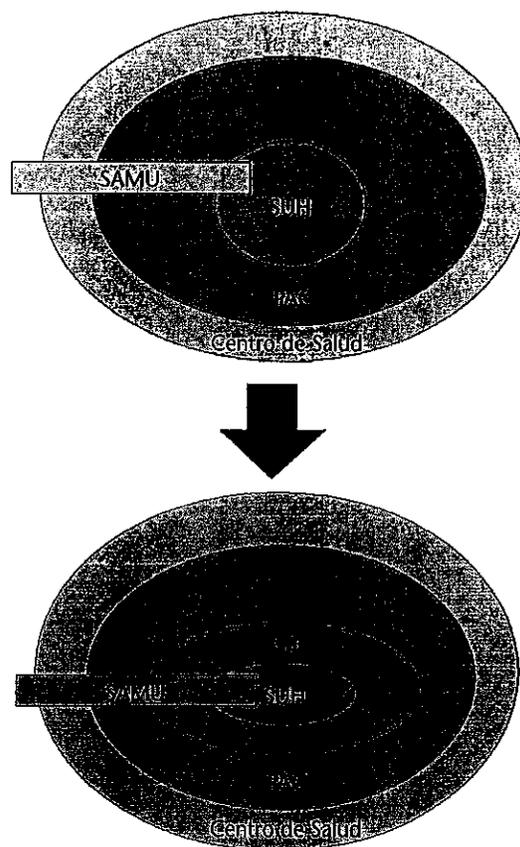


Figura 1. Círculos de atención en el año 2003 (arriba) y en el año 2007 tras la implantación del tercer cinturón de asistencia urgente (abajo). SAMU: Servicio de Asistencia Médica Urgente. PAC: Puntos de atención continuada. SUH: Servicio de Urgencias del Hospital. CSI: Centro de Salud Integrados.

un intercambio entre médicos de PAC y médicos del SUH. Los objetivos son alcanzar una atención asistencial continua, mejorar el conocimiento de los diferentes niveles de la atención que componen la organización, mejorar la capacitación de los profesionales, desarrollar protocolos comunes y establecer incentivos en base a objetivos comunes⁴. A ello se llegará mediante una plantilla del SUH y una continuidad en la atención urgente del Departamento, integrando a profesionales tanto de Hospital como de AP. Actualmente son 22 de 46 (49%) los médicos de AP que realizan guardias en el SUH de una manera asidua. A la vez, se ha producido una salida de parte del personal del SUH a los equipos de AP; concretamente 15 en los 2 últimos años (47%). Además, con la finalidad de conseguir un mayor nivel de integración, se ha procedido a que parte del SUH (25 de los 32 de los facultativos de la planilla: 78%) desarro-

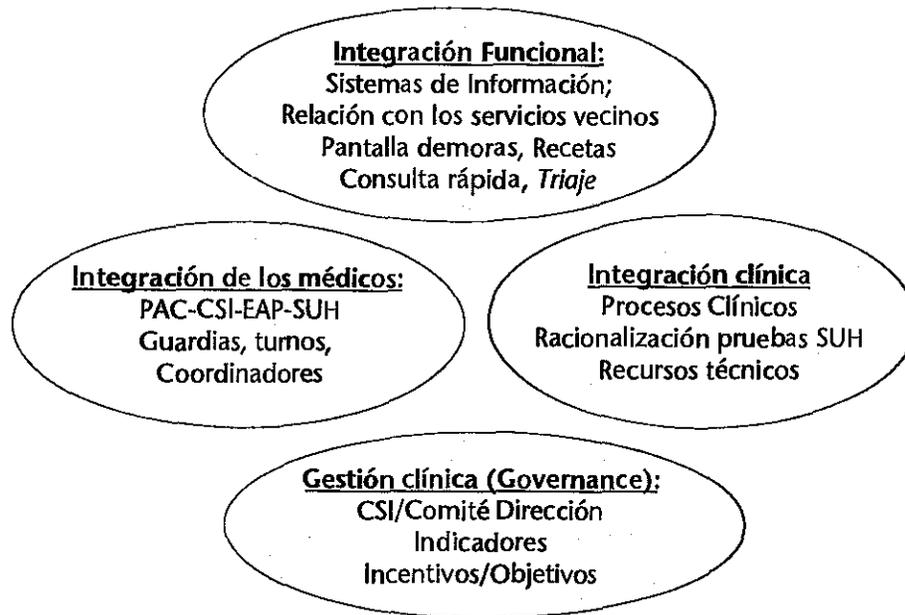


Figura 2. Elementos para avanzar hacia un sistema integrado de prestación de servicios urgentes. PAC: Puntos de atención continuada. CSI: Centro de Salud Integrados. EAP: Equipos de Atención Primaria. SUH: Servicio de Urgencias del Hospital.

lle alguna consulta o realice guardias en AP. Este flujo bidireccional entre SUH y AP debería interpretarse como una promoción por parte de los profesionales de ambos colectivos⁵. Finalmente, otro punto importante dentro de la integración de los recursos humanos consiste en la elaboración de planes de formación. Durante el 2005 se llevaron cursos por parte, principalmente, de personal del SUH para el personal del PAC y equipos de AP en reanimación cardiopulmonar (RCP) básica y utilización del desfibrilador automático (DEA) al que asistieron 140 profesionales, tanto personal facultativo como de enfermería.

Integración funcional: los 10 PAC han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el SUH. Ello permite a los profesionales de los PAC consultar la historia del paciente y a su vez introducir nuevos datos creando lo que se llama un nuevo "episodio de Urgencias" que pasan a formar parte de la historia clínica que se utiliza en el SUH. Por otro lado, el sistema de *triage* utilizado en el SUH se basa en los modelos canadiense y australiano de clasificación, de 5 niveles, que optimiza el lapso de tiempo que transcurre desde que el paciente llega a urgencias y es valorado por el médico que le atenderá (Tabla 1). Para que la patología de menor nivel de gravedad (P5) que se puede atender y desarrollar en otros niveles asistenciales (nivel

extrahospitalario) no interfiriese con la atención del paciente no demorable o grave, se creó una consulta de rápida resolución en el propio SUH ofreciendo al usuario que era visto en esta consulta la misma atención que se le podía ofrecer en un PAC. La actividad asistencial y los tiempos de demora de todos los PAC del Departamento de Salud son conocidos en tiempo real. Esta información se facilita a los ciudadanos a través de un monitor dispuesto en la sala de espera del SUH. Esto puede contribuir a que los ciudadanos consideren la posibilidad de acudir a su centro de salud mientras esperan en el SUH, suponiendo una mejora de la calidad asistencial, en base a una rebaja del tiempo de espera⁶.

Integración clínica: con el objetivo de homogeneizar los circuitos de atención y facilitar la continuidad de los cuidados se crearon distintos grupos de trabajo multidisciplinar encaminados a la elaboración de procesos clínicos, adecuación de pruebas y derivaciones de una manera conjunta entre profesionales de distintos niveles asistenciales (AP-SUH-Atención Especializada). Ello permite establecer baremos y parámetros de control encaminados a una utilización de los procesos, de manera indistinta, en cualquiera de los niveles asistenciales⁷. Con respecto a la integración clínica en este tiempo se han producido la elaboración de guías como la del cólico nefrítico, dolor abdomi-

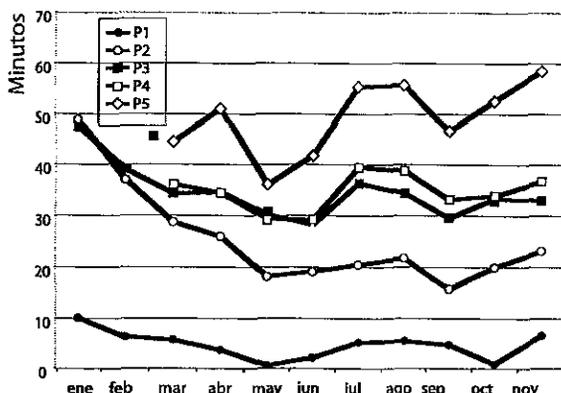


Figura 4. Tiempos de espera según prioridad de triaje.

especialistas (radiología, traumatología, cirugía...). Parte del personal de estos CSI pasarían por el SUH para una formación y familiarización con los procesos, protocolos y modos de actuación de dicho servicio. También se debe tener en cuenta que siete de los once médicos de los CSI (64% de la plantilla) han pertenecido o pasado por el SUH, lo cual

se enmarca en la política de integración de recursos humanos comentada anteriormente.

Queda así establecido un tercer cinturón asistencial urgente; mediante el PAC se solucionarían los problemas de baja gravedad y no debería de resultar una competencia para el equipo de AP. El CSI se encargaría de solucionar la patología de gravedad media con apoyo técnico *in situ* y, por último, el SUH constituiría el último escalafón.

Análisis de resultados

Una vez establecidos los puntos e indicadores de gestión y dado el carácter de informatización de los centros mediante un modelo único, se procede a la recogida de datos mediante modelos estadísticos en los que se reflejan las asistencias en los distintos puntos de atención y valoración de los resultados. Los datos recogidos se corresponden en concreto con el funcionamiento del CSI de Sueca, que funciona desde abril del 2005. La valoración de las tendencias se ha realizado mediante el test de regresión lineal, y se ha aceptado que existía significación estadística cuando el valor de p fue inferior a 0,05.

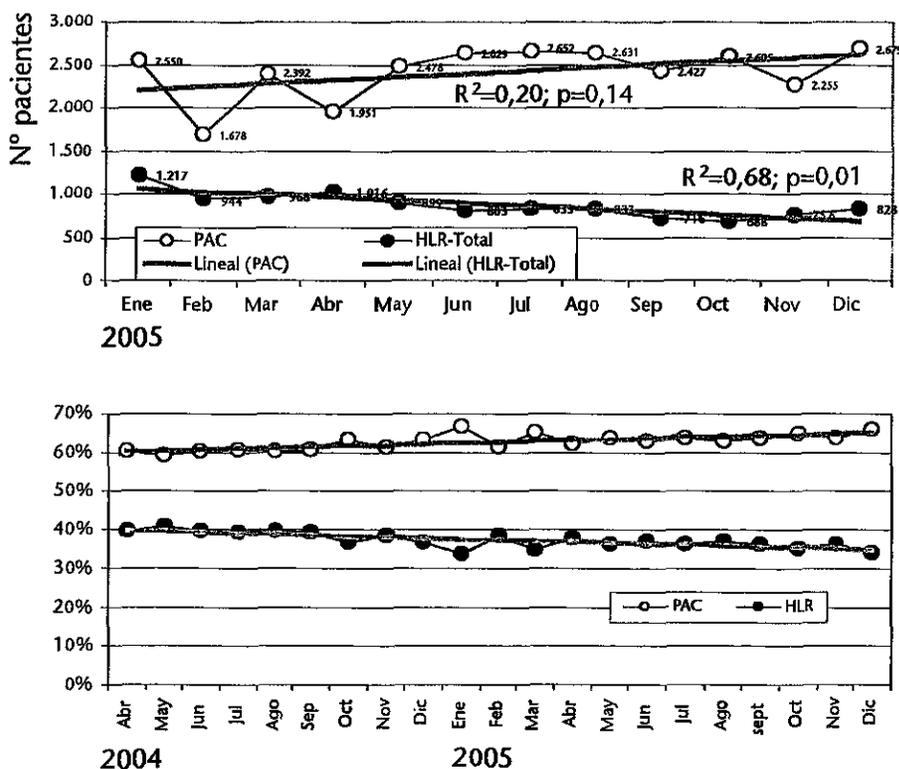


Figura 5. Atención urgente a población de Sueca (año 2005) en números absolutos (arriba) y en porcentajes (abajo) una vez puesto en marcha el centro de salud integrado. PAC: Punto de Atención Continuada. HLR: Hospital La Ribera.

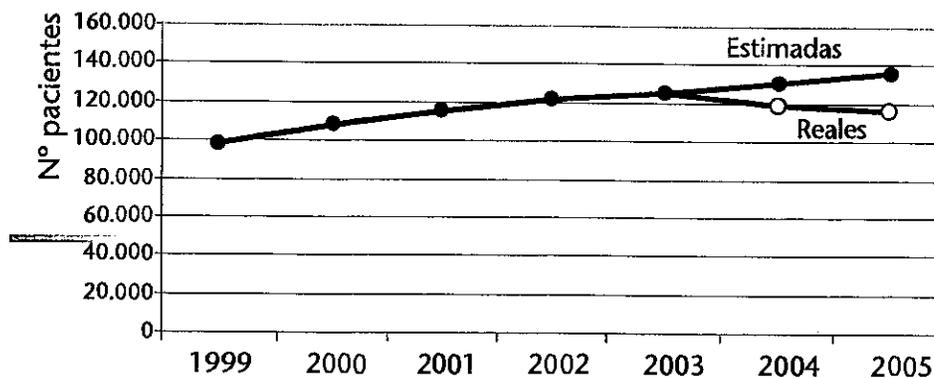


Figura 6. Curva asistencial respecto al total de urgencias hospitalarias del período 1999-2005. Para los años 2004 y 2005 se han dibujado el número de urgencias estimadas y las reales.

Resultados

Una de las mejoras observadas hace referencia a la implantación del sistema de *triaje*, ya que hemos observado que se ha ido produciendo un incremento paulatino de los pacientes que han pasado a la consulta de rápida resolución (P-5). Aún así, se ve una discordancia entre el porcentaje de pacientes seleccionados como P-5 en nuestro sistema de *triaje* (17%) y la bibliografía clásica (en el que se manejan cifras en torno al 30-40%). Los tiempos de espera para cada nivel se presentan en la Figura 4.

La creación del CSI ha conllevado una tendencia al descenso de la asistencia en el SUH, que alcanza un 30% en el último año y medio del estudio ($p=0,14$; Figura 5). El descenso se corresponde directamente con el porcentaje de aumento (34%) que ahora acude en primer lugar al CSI ($p=0,01$, Figura 5), con lo que tras la integración con AP se ha conseguido una inversión de la curva de crecimiento de la asistencia al centro hospitalario, que refleja la positividad del sistema en una política correcta de integración de niveles (Figura 6).

Discusión

Desde 2003, cuando se instauró la gerencia única del Departamento, hasta 2005 se ha producido una reducción del 6,5 por ciento de las urgencias hospitalarias¹. Si modificamos la fecha de referencia y la situamos en el momento en que todos los PACs comenzaron a trabajar con el módulo de urgencias del SIAS (sistema informático que utilizamos para la gestión clínica en nuestro Departamento de Salud) –junio de 2004– la cifra

sube un punto más hasta el 7,5 por ciento. El descenso que ha experimentado el número de pacientes de la zona básica motivo de estudio que acude al SUH es, justamente, el porcentaje de aumento que ahora acude en primer lugar al CSI.

Los CSI permiten acercar la atención al paciente, además de poner en manos de los profesionales de AP primaria más medios y recursos para el correcto diagnóstico, ello conlleva un aumento de satisfacción por parte del usuario^{3,7,9}. Igualmente, la informatización de los PACs ha tenido mucho que ver con esta buena evolución de la asistencia. Uno de los pilares de la continuidad asistencial reside precisamente en los sistemas de información^{10,11}. El de reducir el volumen de burocracia y contar con una dotación tecnológica que permite el diagnóstico de un abanico de patologías a las que antes no podían llegar por falta de medios permite a los médicos resolver más procesos.

La implantación de esta estrategia en la atención urgente ha supuesto una redistribución de las urgencias atendidas en el Departamento. Si analizamos los resultados se aprecia que el Departamento ha seguido una evolución similar a las urgencias del resto de la Comunidad Valenciana con un aumento aproximado del 4% de atenciones urgentes (tanto en el hospital como en AP), lo que hemos conseguido es que un porcentaje de las urgencias que acudían al Hospital y podían ser atendidas en AP, fueran atendidas en los puntos de atención urgente a nivel extrahospitalario.

La diferencia con otras experiencias recogidas en la literatura, como son el dispositivo de urgencias extrahospitalarias "calle Valencia" con el que cuentan en el Hospital Clínic o el "centro Perecamps" del Hospital de Mar, ambos en la ciudad de Barcelona, radica que en nuestro caso, intenta-

mos modificar los comportamientos de los usuarios, de tal forma que el paciente acuda directamente al centro más apropiado para la atención inicial de los procesos que presentan; en estos otros modelos, tras acudir el paciente al SUH, el paciente es derivado, si así se considera, a una unidad asistencial extrahospitalaria para la resolución del motivo de la urgencia.

Respecto a la repercusión que ha supuesto la implantación de *triaje* estructurado en cinco niveles, consideramos que es buena porque se ha ido produciendo una adecuación de tiempos de espera en relación a los del *triaje* anterior que se basaba en tres niveles, los cuales se han ido modificando en los últimos meses del estudio y, en la actualidad, los tiempos de espera se adecúan a los deseados (Tabla 1)^{7,8,11}. A pesar del incremento progresivo de asignación de pacientes al nivel 5 de gravedad, hemos observado que este porcentaje aún resulta inferior al que se describe en trabajos previos^{7,8,11}. La explicación viene dada porque hemos adaptado nuestro sistema de *triaje* a nuestro modelo organizativo y de trabajo, lo que ha conllevado que parte de la prioridad 5 de los sistemas habituales de trabajo sea interpretada como prioridad 4 (Figura 3).

Finalmente concluimos que la gestión única de los servicios asistenciales conlleva un mejor aprovechamiento de los recursos, mediante la flexibilidad de un sistema de coordinación y decisión única^{1,8}, además de la puesta en marcha de indicadores de calidad que satisfagan las necesidades actuales de los usuarios con la creación de encuestas y trabajos estadísticos y analíticos de los resultados del trabajo realizado en toda el área^{4,5}.

Bibliografía

- 1 Tarazona E, De Rosa A, Marín M. La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo. *Rev Adm Sanit* 2005;3:83-98.
- 2 Bolívar I, Balanzo X, Armada A, Fernández J, Foz G, Sanz E, et al. El impacto de la reforma de la Atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarias. *Med Clin* 1996;107:289-95.
- 3 Tudela P, Modol J. Urgencias Hospitalarias. *Med Clin* 2003;118:711-6.
- 4 Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. *Rev Adm Sanit* 2005;3:431-46.
- 5 Gómez G, Cervera M. Mejora de la calidad asistencial en la Comunidad Valenciana. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19:157-62.
- 6 Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triaje y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 1998;10:100-4.
- 7 Conesa A, Vilardell L, Muñoz R, Casanellas JM, Torre P, Gelabert G, et al. Análisis y clasificación de las urgencias hospitalarias mediante los Ambulatory Patient Groups. *Gaceta Sanitaria* 2003;17:417-52.
- 8 García D. La provisión de servicios y la gestión de la demanda. *Rev Adm Sanit* 2005;3:477-86.
- 9 Jackson CJ, Dixon-Woods M, Hsu R, Kurinczuk JJ. A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre. *Fam Pract* 2005;22:269-74.
- 10 Carbonell Torregrossa MA, Girbés Borrás J, Caldach Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-35.
- 11 Jairod Pamiás M, Carretero Bellón J, Closa Monasterolo R, Allué Martínez X. La densidad horaria de pacientes acumulados como indicador de saturación en urgencias. *Emergencias* 2006;18:215-218.
- 12 Miró O, Salgado E, Tomás S, Espinosa G, Estrada C, Martí C, et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin (Barc)* 2006;126:88-93.

Integral management in the emergency area and coordination with primary care services

García Bermejo P, Mínguez Platero J, Ruiz López JL, Millán Soria J, Trescoli Serrano C, Tarazona Ginés E

Aim: To assess the impact of a unique management model combining the different emergency areas included in a Department of Health on the activity of an emergency department (ED) and the results of developing a Center for Integrated Health (CIH) which acts as a link between emergency attention at continued attention points (CAP) and the ED.

Methods: Over a 2-year period from April 2003 to 2005 we performed two separate studies in the Department of Health. The first descriptive study evaluated different elements necessary to provide emergency assistance in an integrated system. The second study assessed the usefulness of the CIH (before-after study).

Results: The number of emergency department visits in the area of influence decreased by 30% in the ED since the Center for Integral Health (CIH) started to work. This percentage was equivalent to the increase in the number of visits to the CIH (34%). The emergency assistance curve of growth diminished from 135 000 patients in 2003 to 116 085 patients in 2005.

Conclusions: The unique healthcare management model improves the use of the available resources in order to satisfy the patient care needs. [*Emergencias* 2008; 20: 8-14]

Key words: Delivery of health care, integrated. Emergencies. Practice management, medical.

Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?*

Hace ya tiempo que se identifican la inequidad y la eficiencia como problemas centrales que afectan a los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe. Como respuesta a dichos problemas, en las últimas dos décadas muchos países de la región han llevado a cabo reformas en la financiación y provisión de sus servicios de salud. Estas reformas, fuertemente influenciadas por el pensamiento neoliberal, contemplan la búsqueda de una asignación más eficiente de los recursos mediante la introducción de mecanismos de mercado, entre otras medidas, a través de diferentes formas de organizar el sector (1-3).

En relación a las transformaciones de la organización del sector, tanto en países desarrollados (4-6) como en desarrollo (7-12), se han promovido formas diversas de integración de los servicios de salud, entre las que se encuentran las Redes Integradas de Servicios de Salud¹ (13). Estas organizaciones han aparecido, sobre todo, en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como EE.UU., y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada (*managed care*) que compiten por los afiliados (14), aun-

que también se han promovido en países con sistemas nacionales de salud (12, 15).

Se definen las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como el conjunto de organizaciones que ofrece, directamente o a través de la compra, un continuo de servicios a una población definida, y se responsabiliza por los costes y resultados en salud de su población (13). Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración asistencial (16).

Según los contextos y las formas de definir la población atendida, se pueden distinguir dos tipos de RISS con implicaciones diferentes para el sistema de salud: a) basadas en la afiliación geográfica, y b) de afiliación voluntaria (17). El

* M. Luisa Vázquez Navarrete: Ph.D. Salud Pública. Responsable de Investigación y Desarrollo. Servicio de Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, España.

Ingríd Vargas Lorenzo: Economista. Ms. Políticas Sociales. Investigadora del Servicio de Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, España.

¹ También conocidas como Organizaciones Sanitarias Integradas (12).

primer modelo se produce cuando hay una devolución de la gestión de los servicios de salud desde el gobierno central a un nivel inferior de gobierno, que puede ser una autoridad de salud regional, un municipio, etc. Se caracteriza, pues, por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud. El segundo tipo de RISS se creó en países que han establecido un mercado para el aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los cuales la población considerada como consumidora, debe comprar sus planes de salud (18, 19). En estos países, las fuerzas del mercado y las reformas han conducido a una progresiva integración de los compradores y proveedores en una única entidad, que pueden adoptar diversas formas, como las conocidas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) (14).

Ambos tipos de redes integradas han sido ampliamente promovidas en países latinoamericanos como Colombia, Chile, Argentina, Perú, Brasil o El Salvador (7). En Colombia, las Leyes 60 y 100 de 1993 crearon el marco para la descentralización e introducción de la competencia en el sistema de salud. El núcleo de la reforma estaba constituido por el establecimiento de entidades aseguradoras con funciones de afiliación y organización de los servicios de salud (9): las Entidades Promotoras de Salud (EPSS) para el régimen Contributivo y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARSS). La función de EPSS y ARSS es garantizar la provisión, directa o por medio de otros proveedores de atención en salud (IPS, ESE), de un paquete de salud a la población afiliada. Por tanto las EPSS, las ARSS y las ESEs corresponden a la definición de RISS.

Se identifican distintas formas de integración de las RISS (20, 21): integraciones verticales u horizontales, según agrupan servicios a lo lar-

go del continuo asistencial o en el mismo nivel de atención (por ejemplo, los sistemas multihospitalarios) con producción interna, de los servicios que ofrece, total o parcial, si algunos son subcontratados fuera de la red; integraciones virtuales o reales en la propiedad, según la forma de relación entre las organizaciones que constituyen la red.

La evidencia disponible no es concluyente sobre la relación entre las diversas formas de integración de las RISS y el logro de sus objetivos de continuidad y eficiencia (13, 22). No obstante, existe un consenso en relación a las variables organizativas que influyen en el acceso potencial y en el grado de la integración de la provisión de servicios (13, 21, 23): dimensión, estructura organizativa, cultura de la organización, líderes, y el sistema interno de asignación de recursos. Asimismo, se identifican elementos del contexto que influyen en el acceso y la integración (24, 25): la oferta de servicios de salud en el área de referencia, los mecanismos de asignación de recursos a la red, el nivel de cobertura del seguro y los copagos (26).

Es importante destacar que la integración de los servicios de salud en RISS, como forma de organizar la prestación de la atención en salud, debería ser un medio para la mejora de la eficiencia y el acceso a los servicios y no un fin en sí mismo, en especial cuando se tiene en cuenta que sus beneficios potenciales y riesgos todavía no se conocen suficientemente.

Se espera que la mejor coordinación entre los niveles asistenciales contribuya a reducir los trámites y la duplicación de actividades y, de esta manera, a mejorar la eficiencia, la efectividad y el acceso a los servicios de salud, con una mayor satisfacción del usuario (1). Sin embargo, se ha observado que la introducción de RISS en un contexto de competencia puede conducir

a problemas de equidad de acceso, principalmente debido a los incentivos a la selección de los pacientes (27, 28). Es más, a largo plazo se puede producir una disminución en el acceso, ya que las redes que compiten por los afiliados pueden responder al incremento de costes limitando la cobertura de servicios, como ya han demostrado algunos estudios (29). Además de la selección del riesgo y de la disminución en la producción de servicios, Enthoven (30) señala como resultado de la competencia entre las redes, y en contra de lo esperado, la segmentación de la provisión de la atención en salud y el aumento de los costos de información. En este sentido, parece obvio que las RISS sólo mejorarán el acceso real a la atención en salud en la medida que garanticen el acceso a todos los niveles de atención a la población afiliada.

Por tanto, la implementación de RISS en entornos competitivos es un proceso muy complejo y que requiere una fuerte regulación, como sucede en países desarrollados. Esto hace dudar de su eficacia para países con escasa capacidad

regulatoria debida a un funcionamiento débil del Estado, como podría ser el caso de los países en vías de desarrollo (31, 32).

A pesar de los potenciales riesgos, las evaluaciones sobre los resultados de la implementación de las RISS son escasas (33) y realizadas principalmente en los Estados Unidos y Canadá, con un énfasis en el análisis de las estrategias, las estructuras y los procesos. En cambio, las evaluaciones de los dos objetivos centrales de este tipo de organizaciones: la mejora de la eficiencia global y la continuidad, así como del potencial impacto de la implantación de redes sobre la equidad en el sistema de salud, resultan insuficientes. También lo son para Colombia, donde las RISS han sido ampliamente promovidas como elementos centrales de la reforma, y donde las evaluaciones realizadas hasta el momento muestran bajas coberturas de aseguramiento, amplias inequidades en salud y múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud (26, 34-39, 40).

La evaluación del papel de las RISS en el acceso a la atención en salud y sus implicaciones para el sistema es, por tanto, una asignatura pendiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO; 1996.
2. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83 - 96.
4. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reindhart U, editors. *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: 1996.
5. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier; 2003. p. 169 -190.
6. Davies M. Performance measurement in integrated health systems. Halifax, Nova Scotia: Canadian College of Health Service Executive; 2002.
7. OPS. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.

8. Medici AC, Londoño JL, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. *Innovations in health care financing*. Washington: World Bank; 1997. p. 215 - 233.
9. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards and innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41:1 - 36.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
11. República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.
12. Vásquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica* 2005;79: 633 - 643.
13. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
14. Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FE Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1405 - 1412.
15. Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
16. Pizarro V, Vásquez M, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud. Respuestas individuales y sociales entre los riesgos para la salud; 2004 May 26; El Escorial: CD ROM XXIV Jornadas Asociación Economía de la Salud; 2004.
17. Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, et al. Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 1999.
18. Beck K. Competition under a regime of imperfect risk adjustment: the Swiss experience. *Sozial-Präventivmedizin* 1998; 43: 7 - 8.
19. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona; 1999.
20. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38: 447 - 466.
21. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15: 9 - 22.
22. Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)* 1996; 15: 100 - 103.
23. Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10: 90 - 111.
24. Aday LA, Andersen RM. Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. 19 ed. 1981. p. 4 - 27.
25. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff* 1994; 46 - 64.
26. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002; 8: 167 - 179.
27. Bertranou FM. Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America?. The cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy* 1999; 47: 19 - 36.

28. Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. En: Ibern P, editor. *Incentivos y contratos en los servicios de salud*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84 - 87.
29. Manning WC, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984; 310: 1505 - 1510.
30. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems, *J Health Polit Policy Law* 1988; 13: 305 - 321.
31. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries - a critical overview. *Int J Health Plann Manage* 1998; 13: 199 - 215.
32. Kumaranayake L. The role of regulation: influencing the private sector activity within health sector reform. *J Int Dev* 1997; 9: 641 - 649.
33. Legatt SM, Narine L, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Sicotte C, Baker GR, *et al.* A review of organizational performance assessment in health care. *Health Serv Manage Res* 1998; 11:3 - 23.
34. Echeverri E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia antes y después de la Ley 100 de 1993. Medellín. Colombia 2001.
35. Céspedes J. Impacto de reforma del sistema de seguridad social sobre equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública* 2002;18: 1003 - 1024.
36. Castaño RA. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. 2001. Santiago de Chile, CEPAL. Financiamiento del desarrollo.
37. Peñalosa E, Eslava J, Muñoz M, O'Meara G, Pinzón J, Ruíz F. Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia 1993-2000. Cendex Fundación Corona, BID, Fundación Social; 2001.
38. Agudelo CA, Arévalo A, Cárdenas R, Fresnada O, Jaramillo I, Martínez P, *et al.* ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos en el régimen subsidiado. Colección la Seguridad Social en la encrucijada. Bogotá: Unibiblos; 2002.
39. O'Meara G, Ruíz F, Amaya JL. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Universidad Javeriana; 2003.
40. De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Qual Health Care* 2005;35: 125 - 141.

Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina

María del Pilar Guzmán Urrea¹

Forma de citar: Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. Rev Panam Salud Pública 2009;25(1):84-92.

Palabras clave: sistemas de salud, salud pública, administración y planificación en salud, equidad en salud, América Latina.

Al final de los años ochenta y principios de los noventa, en la mayoría de los países occidentales se generalizó un movimiento de reformas sanitarias que autores como Almeida (1) ubican en la tercera generación de reformas en el sector salud del siglo XX,² estrechamente relacionado con la "agenda *post-welfare*" y la tendencia internacional de reforma del Estado que puso sobre la mesa de discusión temas como el papel del Estado y del mercado en el sector sanitario, la descentralización, la privatización y la concesión de mayor capacidad de elección a los "consumidores" de los servicios de salud.

Si bien cabe reconocer que existe una amplia variedad de estrategias en las agendas de cambio en los diferentes países, determinadas por aspectos históricos, socioeconómicos, culturales, de contexto, de proyectos políticos, etc., que derivan en innumerables especificidades en cada país, es posible distinguir un conjunto de tendencias paralelas tales como:

1. La racionalización de los recursos sanitarios a través del establecimiento de prioridades, el aumento de la coparticipación financiera de los usuarios, la búsqueda de una producción sanitaria más eficiente y la distribución de los recursos de manera efectiva.
2. La incorporación del concepto de "competencia administrada" como forma de establecer mercados "regulados" en el ámbito sanitario y de generar medidas de control que operen sobre la oferta y la demanda de servicios de salud.
3. La separación entre el financiamiento y la provisión de servicios cuyo objetivo apunta a disminuir la producción directa de servicios por parte del Estado, a cambio de fortalecer sus funciones de regulación.
4. La descentralización de las responsabilidades en el financiamiento y la prestación de los servicios tanto en los planos subnacionales de gobierno como para el sector privado (2).

Los efectos de estas propuestas de cambio dependen del país en el que se estén aplicando; así por ejemplo, en los países de Europa Occidental que poseen sistemas de salud públicos, si bien se han llevado a cabo reformas encaminadas a la separación de las

¹ Universidad El Bosque-Humanidades, Bogotá, Colombia. La correspondencia deberá enviarse a la profesora Ma. del Pilar Guzmán Urrea, Universidad El Bosque-Humanidades, Calle 132 No. 7^o 35 Bogotá, Colombia. T.: 571-2588148. Correo electrónico: mapiguzman@tutopia.com

² La primera generación de reformas corresponde al período comprendido entre finales del siglo XIX y la I Guerra Mundial, cuando se crearon los programas específicos para pobres y trabajadores de baja renta y los programas nacionales de salud. La segunda generación de reformas se dio después de la II Guerra Mundial con la consolidación y universalización de los servicios de salud, la creación de sistemas nacionales de salud y la declaración del derecho a la salud como derecho de ciudadanía.

funciones de financiamiento y provisión, la flexibilización de la gestión y la transformación en la asignación de los recursos sanitarios, siguen siendo muy valorados por sus ciudadanos los principios de universalidad, solidaridad e inclusión y la atención sanitaria se sigue considerando como un derecho de ciudadanía o un derecho social (3). Por el contrario, en el caso de América Latina —donde los niveles de exclusión y marginalidad social son tan altos y la intervención del Estado en la salud tradicionalmente ha sido bastante fragmentada (dedicada a grupos específicos de la población), con escasa capacidad de regulación de la prestación privada y donde la hegemonía de la doctrina neoliberal se ha aplicado de manera rigurosa (debido en buena parte a la fuerte influencia de organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional)—, los efectos de esas estrategias han ahondado aún más las inequidades de los sistemas de salud de la región, debilitado sus ya frágiles y parciales estructuras de derechos de ciudadanía y han revitalizado la participación privada en el financiamiento y la provisión sanitaria (2).

La reflexión que se pretende realizar en este artículo no está orientada a una revisión detallada de los aspectos "contextuales" de las diferentes reformas sanitarias implementadas a lo largo de los años noventa que, como se anotaba anteriormente, determinan el curso particular de las reformas en cada país, sino al análisis de algunas de las premisas que son comunes en dichas reformas. Para su desarrollo se recurrió a la revisión de fuentes secundarias relacionadas con temas de salud pública, salud colectiva y de justicia sanitaria.

El trabajo se divide en cuatro partes: la primera, analiza la visión "tecnocrática" que ha predominado en los diagnósticos de las reformas, la cual sobrevalora el desempeño de las instituciones de salud en el estado de salud de la población, limitando el objetivo de las reformas a la búsqueda de la eficiencia de las instituciones y la reducción del gasto en este sector. En estrecha relación con este aspecto, en la segunda parte se cuestiona la forma como la visión económico-gerencial de las reformas reduce toda la complejidad del proceso salud-enfermedad al ámbito curativo, especialmente al hospital como centro de los cambios en salud y no tiene en cuenta los enfoques que plantean los determinantes sociales de dicho proceso y la necesidad de formular estrategias "intersectoriales" en las reformas. En la tercera parte se revisa uno de los aspectos más polémicos en las reformas sanitarias de los años noventa: ¿cómo armonizar las metas de la equidad y la eficiencia en las políticas de salud? Este tema es extenso, en tanto que conceptos como el de la "equidad" se adaptan a diferentes proyectos políticos y tendencias ideológicas. Lo que se intenta mostrar en este trabajo principalmente, es la dificultad que supone considerar la equidad en el consumo de los servicios de salud como condición "suficiente" para disminuir las desigualdades en la salud de la población. De igual forma, se muestran los efectos que algunas de las reformas han tenido sobre la equidad en salud, especial-

mente en países como Colombia donde más se ha profundizado la introducción de los mecanismos de mercado en su sistemas sanitario. En la cuarta parte se estudia el efecto que provoca el aumento de las consideraciones con respecto a los factores de riesgo individual o de responsabilidad individual en el origen de las enfermedades, algunas de ellas expresadas de manera implícita en muchas de las estrategias de reformas sanitarias de los años noventa. A continuación se abordarán dichos aspectos.

La creencia de que hacer más eficiente el funcionamiento de los sistemas de salud *per se* producirá una mejora en la salud de la población

Una de las premisas que orientan las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina es la confianza en que hacer más eficiente el funcionamiento de los sistemas de salud —especialmente lo relacionado con lo hospitalario— *per se* mejorará la salud de la población. Ello se refleja perfectamente en el afán de renovar las estructuras organizativas y financieras de los hospitales, sin que se haya hecho un replanteamiento de los fines prioritarios de los sistemas de salud.

El papel tan importante que se le sigue concediendo a los servicios de salud en el mejoramiento de la salud de la población desconoce o minimiza los factores socioeconómicos, políticos y culturales como determinantes en la etiología de las enfermedades, a pesar de que desde la década de 1970 múltiples investigaciones (4-6) vienen demostrando que el verdadero impacto en el control de enfermedades infecciosas de muchos de los avances médicos de la primera mitad del siglo XX (la aparición de los antibióticos, las quimioterapias y los programas de inmunización) fue mucho menor de lo que generalmente se suponía, pues factores como la mejora de las condiciones socio-económicas y una dieta más completa fueron fundamentales en el descenso sustancial y prolongado de la mortalidad. De igual manera, teorías como la planteada por Lalonde (7) y de Blum (8) acerca de las cuatro categorías de factores que inciden en las enfermedades, a saber: ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud, y los planteamientos realizados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata en 1978 (9), han mostrado las importantes conexiones entre el nivel de vida (alimentación, educación, suministro suficiente de agua potable y saneamiento básico) y el estado de salud de la población.

Además, con la promulgación de la Carta de Ottawa de 1986 se plantea la promoción de la salud como una corriente innovadora en tanto la salud se articula a las nociones de bienestar y calidad de vida y se definen estrategias para actuar sobre los determinantes de la salud, combinar métodos diversos y complementarios para incidir tanto en los individuos como en las políticas públicas y buscar la participación efectiva de la población (10). En este mismo sentido, trabajos más recientes como el de Evans y cols. (11) han presentado importantes evidencias de la existencia de una

fuerte relación causal entre el estatus de salud, el estatus social y el ambiente físico, para demostrar que los factores que determinan la salud van más allá de la responsabilidad de los servicios de atención sanitaria.

A pesar de los aportes de dichos trabajos y de las declaraciones internacionales, en la mayoría de las reformas de salud propuestas en los años noventa se puede ver que, aunque se le ha otorgado un importante papel al médico general o al médico de familia, que podría sugerir un cierto cambio de rumbo en la orientación de las políticas hacia la prevención y promoción de la salud, dicho papel está concebido como parte de una estrategia para disminuir costos en la prestación asistencial (en tanto se convierte en un "filtro" en el acceso a los servicios de salud), pero no constituye un elemento central en la reflexión de la estructura sanitaria y sus fines, ni de los modelos de educación médica existentes.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el interés por los aspectos institucionales, organizativos y financieros en las reformas del sector salud se encuentra estrechamente relacionado con la consolidación de las propuestas de reforma del Estado difundidas a través del modelo neoliberal (adoptado en América Latina desde finales de los años ochenta y vinculado a los procesos de ajuste macroeconómico expresadas, como lo anotan Gamboa y Arellano (12), en estrategias como la descentralización, la privatización, la búsqueda de flexibilidad interna de las organizaciones públicas y de cambios en su control, la promoción de la gestión laboral flexible y meritocrática, la organización centrada en el cliente, el financiamiento a la demanda en vez de financiar la oferta de servicios, la modernización de la información y la búsqueda de cambios en la cultura organizacional y ciudadana.

No todas estas propuestas se han impuesto con igual fuerza en la Región y sus consecuencias han sido heterogéneas, como se ha estudiado en diversos trabajos (2, 12-17). Algunas de las propuestas que más han fortalecido la concepción de la transformación gerencial de los servicios asistenciales de salud como la mejor vía para mejorar la salud de la población, son:

a) El gran interés en que las reformas del sector salud aumenten la capacidad de elección de los "clientes" o usuarios, con el fin de estimular la competencia, la eficacia y la calidad de los entes que prestan el servicio y el uso de herramientas de "marketing" para promocionar los servicios (básicamente los hospitalarios y muy poco los dirigidos a la prevención y promoción de la salud). Evidentemente, para el paciente la posibilidad de elección de las entidades aseguradoras y proveedoras es importante, pues puede facilitarle el ejercicio de su autonomía, en el sentido de poder hacer una escogencia libre y personal sobre la base de una información clara, completa y neutral en aspectos relativos a su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, la concesión de un mayor poder a los pacientes está centrada principalmente en los aspectos logísticos de la atención sanitaria (elección de hospitales y de profesionales) y está concebida como un ejercicio de derechos comerciales (contratos entre compradores y ven-

dedores), con un enfoque "individualista" en el que cada uno se preocupa por acrecentar su propia capacidad de elección sin contemplar la de otros y en el que la "orientación al cliente" solo parece ser importante en tanto que esta resulta fundamental para aumentar la cuota de mercado.

Esta concepción de los pacientes como "consumidores" inaugura, además, el "paternalismo administrativo", en el cual son los gerentes, los administradores y los planificadores quienes, ante las fuertes presiones para disminuir los costos y aumentar la eficiencia de los sistemas sanitarios, pasan a ser considerados como los "expertos" con capacidad de decidir, incluso por encima de la autodeterminación de los médicos y del principio de autonomía de los pacientes. No se tiene en cuenta que la determinación de un verdadero control y poder de los pacientes va más allá de su intervención en el consumo o adquisición de un servicio sanitario e involucra su participación en aspectos esenciales como los procesos de establecimiento de prioridades, la asignación y distribución de los recursos sanitarios y las metas y fines que la sociedad espera que guíen a sus organizaciones sanitarias.

b) Desde el enfoque neoliberal se considera que las acciones relacionadas con la prevención de las enfermedades (control de calidad del aire, del agua, inmunizaciones, etc.), cuyos beneficios repercuten en todos los miembros de la sociedad y por los que no es viable que se pague de manera individual, en tanto quienes no pagaren obtendrían los mismos beneficios que los que sí lo hicieran (bienes públicos), deben ser asumidos por el Estado y no por las empresas de salud privadas, dedicadas a proveer los bienes privados. Esta concepción no tiene en cuenta que el carácter público de los bienes o de las acciones está determinado por el significado y el valor que la sociedad le otorga a dicho bien, si este constituye una prioridad social y si la sociedad decide financiarlo colectivamente y no porque su consumo sea individual (16). Además, divide de forma tajante las acciones colectivas de las individuales y fragmenta aún más la atención sanitaria, imposibilitando la articulación entre el campo de la asistencia en salud y la prevención y promoción de la salud. Esto se puede ver de forma clara en la reforma de la salud en Colombia,³ donde se registró una disminución muy importante de actividades orientadas a la prevención como la vacunación, cuyas coberturas descendieron de 90% en 1996, a 70% en 1999, para los niños menores de un año (18). Ello significó un aumento de epidemias de enfermedades como dengue, sarampión, polio, fiebre amarilla, etcétera. Fue notoria también la reducción en la prevención y diagnóstico temprano de la tuberculosis, que representa uno de los problemas más graves del país actualmente. Esta situación se presentó porque el Estado creía que la "competencia" estimula-

³ Dicha reforma se llevó a cabo en 1993 y organismos internacionales como el Banco Mundial la han calificado como un ejemplo a seguir para los países de la región latinoamericana, ya que ha observado los lineamientos de introducción de la libre competencia, la privatización, la descentralización, etc., en su sistema sanitario.

ría el ejercicio de tales funciones por parte de las empresas aseguradoras y prestadoras de servicios, lo que en la práctica no quedó confirmado.

Por otro lado, los enfoques "tecnocráticos" concentrados en las transformaciones institucionales han dejado de lado el impacto que las políticas de ajuste estructural tuvieron sobre las condiciones de vida y de salud de la población en América Latina. Dichas políticas no solo no estimularon el crecimiento económico esperado, sino que incrementaron las ya históricas desigualdades sociales. Así, en 1990 había 48 millones de pobres en la región y para el año 2002 esta cifra había aumentado a 57 millones (19).

A pesar de que instituciones como el FMI y el BM han incluido la prevención y la promoción como parte de las estrategias sugeridas para lograr cambios significativos en la salud de la población latinoamericana, es importante anotar que, por un lado, mantienen la filosofía neoliberal de ubicar la salud en el ámbito de lo privado y considerarla bajo ciertas condiciones como tarea pública, orientando las políticas en salud a las prioridades de ajuste fiscal y, por otro lado, sus recomendaciones se limitan principalmente a la asistencia médica individual y no relacionan el proceso de cambios en el sector con estrategias que actúen sobre los determinantes sociales de la salud. Por el contrario, como se analizará más adelante, han fortalecido el componente de los estilos de vida que enfatiza los factores de riesgo individual y genera en muchos casos el efecto de "culpabilizar a la víctima".

Las discusiones se han centrado en asuntos formales y no hay una reflexión de los modelos teóricos que sustentan los servicios de salud

Como se señalaba en el anterior punto, las preguntas que han predominado en las reformas del sector salud han hecho referencia fundamentalmente a cómo ahorrar dinero, cómo hacer más eficiente la prestación sanitaria o cómo responder a las preferencias de los consumidores, las cuales son importantes en tanto se orientan a un mejoramiento de los aspectos organizativos de los sistemas de salud. No obstante, es necesario reflexionar sobre los problemas presentes en el modelo biomédico, que sigue siendo hegemónico en la práctica clínica, y sobre los "fines" y no solo los "medios" que están guiando las reestructuraciones sanitarias.

El paradigma biomédico plantea varios problemas que influyen de manera determinante en el ejercicio médico y en la formulación de las políticas de salud, entre ellos:

a) Fundamenta su conocimiento en el método experimental, estrechamente relacionado con una actitud positivista que considera únicamente válido lo "medible y cuantificable", expresado en leyes universales; por ello, se considera inválida cualquier explicación fuera de este esquema. Con esta concepción se consolida la comprensión mecanicista de la vida que considera a los seres humanos como partes desagregadas y fragmentadas, separadas

entre sí pero ensambladas para ejecutar una función determinada. En el campo de las políticas públicas, la salud y la enfermedad se plantean como problemas exclusivamente individuales y no como fenómenos que hacen parte de un proceso centrado en las colectividades. No se tiene en cuenta que la historia de la comunidad, sus formas de organización, su comportamiento productivo, la religión, la filosofía, la educación (todo aquello que determina la actitud del hombre hacia la vida) condicionan el origen y desarrollo de las enfermedades y ejercen también influencia en la disposición individual a la enfermedad. Como lo expresa Montiel (20) citando a Canguilhem: "La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales".

b) La comprensión de la estructura física del ADN a mediados del siglo XX y los descubrimientos en torno al genoma humano, han revitalizado la concepción que sostiene que el problema de la enfermedad es principalmente una modificación de la biología del individuo, explicada en términos de las estructuras moleculares. No obstante, como lo afirma Golud (21), son muy pocas las enfermedades "monogénicas", es decir aquellas cuyo origen depende de un solo gen y en la mayor parte de ellas el entorno sociocultural, económico y político, juega un papel definitivo en su origen y desarrollo. De esta forma, a pesar de que una anomalía genética sea detectada, no existe la certeza de si el individuo enfermará o no; esta información tan solo indica que tiene mayor riesgo de enfermar (tiene la predisposición o "susceptibilidad") si se le compara con otra persona que sea genéticamente normal; incluso las personas que no tienen tal predisposición genética puede llegar a enfermar por factores relacionados con sus estilo de vida. Es decir que el contexto social interactúa con lo genético y lo biológico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación y modificación de los procesos vitales del individuo (22).

Un elemento que se deriva de esta concepción del proceso de salud-enfermedad como un proceso social, es que compromete las políticas sociales, ya no únicamente en términos de necesidades de los servicios de salud, sino de las desigualdades sociales estructurales. La *salud* sería entonces la realización de un potencial biológico y cultural, la "*capacidad de una persona de perseguir y realizar sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en un contexto social*" (23).

c) El modelo biomédico fundamenta la concepción de la salud como un "estado", y ello se invalida cada vez más por los cambios ocurridos en el campo de la física atómica y cuántica, la teoría de la relatividad, los nuevos planteamientos de la ciencias de la complejidad y la teoría de los sistemas vivos auto-organizados las cuales, además de cuestionar conceptos básicos de la medicina occidental contemporánea, como la causalidad lineal, la tendencia a la comprensión mecanicista de la vida y la noción de cambio de corte neodarwinista, entre otras (24), han

mostrado la necesidad de descentrar la salud de la especie humana y ubicar lo humano como una hebra más de la trama compleja de la vida, dando así un viraje del "antropocentrismo al biocentrismo". Según Maldonado (25), este nuevo enfoque intenta superar la ecología antropocéntrica que tiene al hombre como centro de todo valor, al hombre como separado de la naturaleza o por sobre ella y a la naturaleza como algo instrumental para hacer uso de ella. Así, el referente en el proceso de toma de decisiones en salud ya no serán solo los seres humanos, sino todas las demás formas de la vida distintas a las eminentemente humanas.

La reflexión de la forma como se conciben los fenómenos de la salud y la enfermedad en el modelo biomédico actual, pone en evidencia los problemas teóricos de este paradigma y la importancia de desarrollar trabajos interdisciplinarios que permitan comprender el proceso de salud-enfermedad como un proceso social. Dicha reflexión involucra la discusión con respecto a los modelos de educación médica y constituye un desafío que no se tuvo en cuenta en los diagnósticos que sustentaron las reformas sanitarias de los años noventa.

En un contexto de políticas de salud que fundamentalmente piensan en acciones orientadas a los individuos (sus formas de consumo de los servicios asistenciales, acciones preventivas en sus estilos de vida, etc.) y en la intervención institucional como eje del cambio sectorial, es necesario que se supere la concepción biomédica de la salud y que se puedan construir estrategias para que la población pueda ejercer control sobre los determinantes de su salud. De esta manera, los conceptos de "intersectorialidad" y de la política de salud como política social adquieren un nuevo significado, pues como lo explica Almeida (2): "no se trata de acoplar elementos de salud en otras políticas, sino de formularlas en el sentido que preserven las condiciones de vida y de salud de las poblaciones".

La creencia de que el "acceso por sí solo" garantiza la equidad en salud

Uno de los problemas más importantes en el desempeño de los sistemas de salud en la década de los noventa es la forma como se establece el equilibrio entre metas como la eficiencia y la equidad. Con el propósito de minimizar los costos y maximizar la provisión eficiente de los servicios, las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina han defendido el establecimiento de un conjunto de parámetros administrativos conocidos con el nombre de "medicina gestionada", a través de los cuales se busca influir en las decisiones clínicas de los médicos por medio de incentivos financieros para que estos restrinjan al máximo las hospitalizaciones, las pruebas y los procedimientos, con el objeto de corregir el antiguo sistema de pago por servicio en el que los médicos se excedían en el uso de los recursos sanitarios. Los defensores de la "medicina administrada" arguyen que el paradigma de la medicina tradicional le ha dado mucho énfasis al

buen manejo de lo clínico, dejando de lado los aspectos administrativos y financieros, los cuales también afectan el desempeño de la atención sanitaria (26). Ciertamente, las decisiones clínicas deben tener en cuenta la forma como los recursos de la sociedad se utilizan y administran; no obstante, es importante recalcar que estos niveles deben pensarse para mejorar la atención sanitaria y no para sacrificarla en aras de las ganancias económicas. Cabe reconocer que la búsqueda de la eficiencia puede ser un buen "medio" para el mejoramiento del control de costos y de la calidad de los servicios, pero el problema es que en las actuales reformas se ha convertido en un fin en sí mismo, que incluso está por encima de otros valores fundamentales como la equidad.

El principio de la equidad en la formulación de las reformas se ha enfocado principalmente a mejorar el acceso de los servicios de atención sanitaria, a través de políticas de focalización a los grupos poblacionales más necesitados. Uno de los problemas de esta estrategia es que, ante la evidente y dramática expansión de la pobreza en toda la región latinoamericana, dicha focalización no se hace en función de las necesidades básicas insatisfechas, sino a partir del techo presupuestal fijado por la política fiscal restrictiva y, por tanto, esta resulta ser rígida y siempre insuficiente. Las salidas habituales a los dilemas que esta situación presenta son varias: se aplican los recursos hasta donde alcanzan; se aplican criterios de doble o triple focalización (mujeres pobres, niños pobres, mujeres rurales pobres con hijos, etc.) o se aplica el criterio de costo-efectividad (17). Desde el punto de vista de los derechos sociales, se considera que el Estado debe dar respuesta a las demandas populares, pero los beneficios provistos son mirados más como "concesiones" que como "derechos". De esta manera, como lo señala Burkett (27), se presenta un desplazamiento del compromiso de la sociedad de garantizar los derechos sociales a través de las acciones públicas a los programas asistenciales y discrecionales para los pobres, la reducción del gasto social público, la definición de un paquete de servicios mínimos y el traslado de la mayor parte de los servicios sociales al mercado.

La racionalidad económica utilizada para seleccionar a los grupos de población beneficiarios de las ayudas del Estado y los cálculos costo-efectividad para medir la maximización de los recursos sanitarios en los programas sanitarios,⁴ definen el valor de las políticas de salud y de las intervenciones clínicas según el principio de la "generalización", por el cual se busca "el mayor bien para el mayor número", en oposición al principio de la "universalización" que plantea la búsqueda del "bien de todos y cada uno, por igual" (28). Desde este enfoque "utilitarista" de la justicia sanitaria se desestima el principio de la "igualdad de oportunidades", pues no se tiene en cuenta que las personas pueden generar diferencias de salud por motivos de los cuales no son responsables como la edad, el gé-

⁴ Los indicadores que han logrado mayor reconocimiento internacional son el de los años de vida ajustados con calidad, QALY, y el de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, DALY.

nero, la raza o las condiciones económicas, sociales y culturales, y sacrifica la equidad en aras de la eficiencia ya que siempre opera sobre la base de que lo importante es la maximización de los beneficios sanitarios globales y no los individuales; esto hace que se produzcan importantes inequidades en el acceso y uso de los servicios sanitarios. A lo anterior se agrega el hecho de que en la selección de los contenidos del paquete básico de salud se concede a los técnicos y políticos la última palabra sobre decisiones relacionadas con la vida y la calidad de vida de las poblaciones.

Además, en el contexto de introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria, se conciben los servicios de salud como "discrecionales" (a criterio o a gusto de cada uno), igualándolos con cualquier objeto de consumo o mercancía. Lo anterior resulta bastante problemático desde el punto de vista de la equidad, si se tiene en cuenta que las dificultades en el acceso a dichos servicios pueden significar la diferencia entre la vida o la muerte y las condiciones aceptables para el desarrollo de las capacidades humanas o daños biológicos o mentales irreversibles. En este mismo sentido, la consideración de la atención sanitaria como un "bien privado" que se compra en el mercado, está legitimando la mayor participación del sector privado en la provisión de servicios sanitarios; esto ha favorecido, según Armada y cols. (15) la transferencia de recursos (ingresos, riqueza, seguridad ambiental y poder político) de los países del Tercer Mundo a los más industrializados.

Por otro lado, en las reformas latinoamericanas poco se ha tenido en cuenta que la igualdad de acceso no implica igualdad de uso. Según Jensen y Money (29), la igualdad de acceso se consigue cuando se declara un derecho a consumir los recursos sanitarios, pero la igualdad de uso está determinada por múltiples factores como la información de los beneficios de la atención sanitaria, la localización geográfica, las barreras administrativas (tiempos de espera en las citas, horas de disponibilidad de los servicios, escasos tiempos de consulta, servicios accesibles en términos de distancia), de tipo financiero (copagos, cuotas moderadoras, el costo del transporte para acceder a los servicios de atención) o barreras culturales (nivel educativo, etnia, edad, género, diferentes percepciones de los individuos sobre su estado de salud, poca información disponible sobre los beneficios de la atención sanitaria, actitudes desfavorables de los proveedores hacia los pacientes, etc.) que dificultan a muchas personas el acceso real a los servicios de salud y que, además, escapan del control del individuo. El caso de Colombia lo ilustra muy bien, pues los proponentes de la reforma de salud del año 1993 consideraban que si se aumentaba el aseguramiento se eliminarían las barreras al acceso a los servicios, en especial las de tipo financiero que históricamente han caracterizado a este sistema de salud. Sin embargo, según Echeverri (30) la utilización efectiva de los servicios —acceso real— no se ha modificado sustancialmente: cerca de la mitad de la población de los estratos socioeconómicos más bajos en nueve ciudades colombianas no utilizan los servi-

cios aduciendo, en 66% de los casos, razones económicas (por los copagos y cuotas moderadoras que deben hacer); los pacientes con enfermedades de alto costo (especialmente los del régimen subsidiado⁵) o que necesitan tratamientos de alta complejidad, relatan negación o trabas para recibir la atención. En otros casos, los aseguradores no fomentan la utilización de servicios con la exigencia de trámites, o con la ubicación de prestadores en zonas distantes para el usuario. Estas evidencias demuestran que el simple aseguramiento no garantiza el acceso real a los servicios.

En las reformas tampoco se ha tenido en cuenta que "la equidad en el consumo de los servicios de salud es condición importante, pero no suficiente para disminuir las desigualdades en el enfermar o morir existente entre los grupos sociales" (2). Las inequidades en salud son todas aquellas diferencias en las condiciones de salud que se originan en situaciones socioeconómicas, culturales o medioambientales que son innecesarias, evitables e injustas (31).

Esto no significa que las políticas orientadas a lograr la equidad eliminen todas las diferencias en la salud entre las personas, ya que las variaciones biológicas son inevitables; lo que se debe buscar es que reduzcan o eliminen las diferencias que pueden ser controladas en la estructura social. El problema está en la determinación de lo que es evitable, innecesario e injusto y las relaciones entre estas condiciones; por ello, como lo explica Ferrer (32), un desafío teórico en plena vigencia es: "Reflexionar sobre qué significa justicia en salud, cuáles son las fuentes de esa injusticia, cómo contribuye la justicia social a la justicia en salud, qué relaciones existen entre salud y desarrollo . . ."

Las evidencias disponibles muestran la existencia de un mejoramiento de las condiciones de salud a medida que se asciende en la escala social. De esta manera, aquellos que estén privados del acceso a los servicios de atención hospitalaria y también quienes carezcan de los beneficios de las políticas para mejorar las condiciones de vida (nutrición, educación, vivienda, los trabajos bien remunerados, tiempo para el ocio, acceso a servicios de acueducto y alcantarillado, participación social, etc.) encuentran serias limitaciones en su "libertad de acción" para llevar el tipo de vida que quieren y valoran, en la posibilidad de recurrir a opciones reales entre las que pueden elegir, de reducir el sufrimiento y el padecimiento provocado por las enfermedades y de tener la oportunidad de prevenir la muerte "prematura".

En este sentido, en América Latina, a pesar de las proyecciones económicas y sociales que organismos financieros internacionales —Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo— hicieron en los años noventa, las desi-

⁵ La reforma de salud en Colombia estableció tres regímenes: el subsidiado para la población más pobre y sin capacidad de pago, financiada por el Estado y por los trabajadores que cotizan; el contributivo, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia, y el régimen de los "vinculados" para la población no asegurada que paga una parte de su atención de su propio bolsillo y debe ser atendida en la red pública hospitalaria.

gualdades sociales y de la pobreza, de acuerdo con las estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (33), siguen siendo extremadamente altas. Para 2006, 36,5% de los habitantes de la Región se encontraban en situación de pobreza, y otros 13,4% estaban en extrema pobreza o indigencia. Así, el total de pobres alcanzó los 194 millones de personas, de los cuales 71 millones eran indigentes. Estudios recientes (30, 34, 35) para el caso de Colombia muestran cómo a menor estrato socioeconómico, mayor mortalidad por enfermedades infecciosas y transmisibles (más del doble que en los estratos más altos); la tuberculosis es responsable de 15,3% de las muertes del estrato 1, y solo de 6,8% en el estrato 6; la diarrea lo es de 21,7% de la mortalidad del estrato 1, mientras que en el estrato 6 es de 3,3%. De igual forma, la población rural no solo tiene una calidad de vida más precaria, sino que vive menos; en 1997 la esperanza de vida era 1,8 años menor que la urbana, con especial vulnerabilidad en la población indígena y negra del país.

Todas estas cifras muestran la necesidad de diseñar medidas para que los grupos más desafortunados puedan lograr ganancias de salud, a partir del reconocimiento de que es necesario trascender los límites del individualismo biomédico y estudiar las fuerzas sociales e históricas que generan las desventajas en estas personas.

El excesivo énfasis en la responsabilidad individual en el origen de las enfermedades

Como consecuencia de los problemas en el financiamiento de los sistemas sanitarios y de la restricción de los gastos, en las reformas sanitarias se ha hecho un gran énfasis en la responsabilidad individual o en los "factores de riesgo individual" en el origen de las enfermedades, aspecto que coincide con los cambios en las nociones de "riesgo de salud" y de "aseguramiento" generados a partir de los nuevos y revolucionarios progresos en la ingeniería genética, la expansión de la teoría sobre los estilos de vida, así como también la intención de quitarle responsabilidades al Estado en el financiamiento y en la provisión de la atención sanitaria propuesta desde las políticas neoliberales.

La posibilidad de que a través de la medicina genética se evalúen con mayor precisión las predisposiciones genéticas de cada individuo a desarrollar una serie de enfermedades, cambia el sentido de la noción de riesgo y consolida un enfoque de aseguramiento más "individualista y determinista", que le concede un gran peso a los comportamientos personales de cada individuo y a los costos sociales de las actitudes individuales. Como lo expresa Rosanvallon (36):

ya no puede comprendérsela [la noción de riesgo] según un modo estadístico global, como cuando se calcula, por ejemplo, que cada individuo tiene una posibilidad X de morir de cáncer del hígado. Con el conocimiento genético, se pasa del "grupo" al "individuo" para personalizar el riesgo... así desde ahora es posible tender

hacia el establecimiento de tablas individuales de riesgo, resultantes de la suma de lo innato y de lo adquirido.

Y aunque, en efecto, la "medicina predictiva" sigue haciendo los diagnósticos en términos de probabilidades, no por ello es menos cierto que introduce una ruptura, pues pone en tela de juicio el enfoque estadístico de lo social en beneficio de la elaboración de modelos que tienen más en cuenta los comportamientos personales. Esta transformación en la noción de aseguramiento conduce necesariamente a un cambio en la concepción de equidad en el campo sanitario, pues el concepto de justicia que sustentó la política de salud del Estado del Bienestar puso mayor énfasis en responsabilidad del conjunto de la sociedad en los problemas relacionados con las enfermedades y, por lo tanto, en la solidaridad como principio fundamental.

Al respecto, es importante anotar que es innegable que hoy, ante los problemas de racionalización de recursos, es fundamental que los individuos sean conscientes de su responsabilidad tanto en la prevención de enfermedades como en el uso adecuado de los recursos sanitarios, para lograr un sistema de salud que logre armonizar lo médicamente necesario con lo económicamente financiable. No obstante, a menudo resulta muy difícil establecer con certeza el papel de los diferentes factores causales (los individuales relacionados con la herencia y el estilo de vida y los de tipo social) en razón de la complejidad de las conexiones que dan origen a la enfermedad y por las limitaciones en los conocimientos de muchas enfermedades. En el caso del cáncer de pulmón, por ejemplo, es difícil determinar si es un problema solo del individuo o si se conjuga con otros factores como ser consumidor pasivo, la contaminación ambiental, las condiciones de trabajo, de la herencia, etcétera (37).

Por su parte, la teoría de los estilos de vida articula las relaciones existentes entre las elecciones y los hábitos individuales con el estatus de salud de las personas, partiendo del presupuesto ético de la libertad que tienen los seres humanos para definir su forma de vida y transformar el entorno en aras de lograr los ideales y los objetivos que desean. El problema de esta perspectiva es que se tiende a "culpabilizar a la víctima", pues no se tiene en cuenta —como lo plantean las teorías de justicia de los igualitaristas liberales— si existen y se disfrutan de manera real las libertades fundamentales para que los individuos tomen decisiones por sí mismos y asuman las responsabilidades que les corresponden. Al responsabilizar a los individuos de sus preferencias se ignora, como lo plantea Sen (38), la influencia que las desigualdades en los recursos y en las oportunidades tienen en la formación de dichas preferencias; así por ejemplo, muchas personas o grupos con bajo nivel de vida se empiezan a resignar con su situación y a concentrar sus preferencias en aquellas cosas que parece que pueden alcanzar, sin aspirar a aquellas que no podrían lograr ("preferencias adaptativas"). Igualmente, muchas personas pueden adquirir enfermedades por el desconocimiento de los ries-

gos en el momento de exponerse a ellos, por lo cual sería injusto que el individuo que sufre la enfermedad sea considerado responsable de ella.

Además, la insistencia en que las enfermedades son problemas de los trabajadores "poco responsables" o de ciudadanos que "no se cuidan", establece un complejo código de premios y castigos en función de las capacidades del individuo para conservar su salud que evita la crítica del *statu quo* y la reflexión de los factores socioeconómicos y políticos que intervienen en la etiología de las enfermedades (39). Con este enfoque, como lo expresa Vicente Navarro (40), se fomenta el individualismo como valor en los sistemas sanitarios y se reafirma "la individualización de una causalidad colectiva que, por su misma naturaleza, hubiese requerido una respuesta colectiva".

Por otro lado, el énfasis en la responsabilidad individual en el origen de las enfermedades está fuertemente influido por la emergencia del modelo neoliberal que busca reemplazar la noción de "universalidad" —que presupone un compromiso solidario de la sociedad para garantizar con medios públicos el acceso de todos los ciudadanos a los servicios de atención sanitaria—, por la idea de la "selectividad", aplicada a los programas asistenciales y discrecionales para los más pobres. Del mismo modo, se intenta desplazar el concepto de justicia distributiva que compromete directamente al Estado y generalizar el concepto de "justicia conmutativa", según el cual cada individuo recibe de acuerdo al equivalente a sus aportes o contribuciones. Desde esta perspectiva, la definición de la atención sanitaria como un "bien social" en el cual la provisión de servicios a cada individuo es valiosa para la sociedad en su conjunto, es cambiada por una concepción que la define como un "bien privado", es decir, como una mercancía que es consumida por cada individuo en cantidades variables y adquirida según lo que las personas deseen y puedan comprar en el mercado. En este nuevo escenario se busca que cada uno se responsabilice del hecho de enfermar.

Como ya se había señalado en las políticas de prevención y promoción que se esbozan en las reformas sanitarias de la década de 1990, existe una fuerte tendencia a que predomine el enfoque de la "responsabilidad individual"; por ello, se busca que los esfuerzos educativos en salud estimulen los comportamientos que reduzcan el riesgo y mejoren la salud de los individuos. Dichos esfuerzos son de indudable importancia, siempre y cuando se recurra a políticas intersectoriales que asuman las causas sociales de la enfermedad e intervengan sobre ellas. Es fundamental evaluar las barreras que los ciudadanos pueden tener para acceder a los programas de prevención y promoción y la consideración de las personas no como simples vehículos pasivos de las políticas, sino como interlocutores válidos en todo el proceso de toma de decisiones en salud. Esta perspectiva coincide con los planteamientos que buscan ir más allá de la gestión episódica de la enfermedad, consultando las necesidades y los problemas de salud de los individuos, la familia y la comunidad; fomentar el trabajo multidisciplinario, de modo que los distintos profesionales de la

atención primaria en salud trabajen juntos para lograr una asistencia coordinada o "sin fronteras" entre los servicios clínicos especializados, de bienestar social y de salud pública; una función educativa para los cuidadores, pacientes y profesionales (41).

CONCLUSIONES

La reflexión sobre los criterios de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina, que definieron su contenido y sus orientaciones, muestra la necesidad de que en los procesos de formulación de las políticas del sector de la salud se tengan en cuenta aspectos como: a) el reconocimiento de que el acceso a los servicios de atención sanitaria es solo un factor que incide en las condiciones de salud de la población, y es por ello que no se pueden dejar de lado los procesos que subyacen a la mala salud de las personas, contemplando los múltiples determinantes de la salud; b) la necesidad de superar la concepción biomédica de la salud, desarrollando enfoques interdisciplinarios y planteando estrategias de trabajo "intersectorial"; c) la necesidad de buscar el acceso real a los servicios de atención sanitaria a través de un trato equitativo con los que tienen la misma necesidad sanitaria (equidad horizontal) y de dar preferencia a aquellos con mayores necesidades (equidad vertical). Es imprescindible tener en cuenta que la equidad en el consumo de los servicios de salud es una condición importante pero no suficiente para lograr la equidad en salud; d) si bien los factores relacionados con los estilos de vida son elementos importantes para prevenir o mitigar los efectos de ciertas enfermedades, la evaluación de las desigualdades en los recursos y en las oportunidades que las personas tienen en la elección de sus hábitos individuales es necesaria.

De la misma forma, la incorporación de la competencia y los mecanismos del mercado en la mayoría de las reformas sanitarias hace necesario traer a la mesa de discusión la cuestión de si el principio de justicia distributiva en el ámbito de la sanidad debe ser diferente al que rige el mercado pues, como lo plantea Walzer (42), los principios de justicia dependen del significado social que se le atribuya a cada bien social y del reconocimiento de que no hay un principio "único" de justicia que gobierne todos los bienes sociales, sino que existen diferentes "esferas de la justicia".

SYNOPSIS

Deficiencies in evaluating health care reforms in the 1990s in Latin America

Some of the recurring themes seen on health-sector reform agendas of Western countries (those at the center as well as those on the periphery) over the last decade have been: the debate over new ways of organizing health systems, with sights set on achieving greater efficiency and quality; re-defining health care benefit packages and services to better

distribute health resources; and incorporating market mechanisms into the health care environment to better respond to expectations of health care consumers.

The fundamental purpose of this article is to analyze certain concepts that define and explain the origin of the 1990s health care reforms in Latin America and to refute some of the more important principles, such as: the belief that improving the functional efficiency of the health care system alone would improve the health of the population; the excessive concern with the administrative and structural aspects of health sys-

tems without a discussion of the underlying theoretical models; the idea that access, in and of itself, can guarantee "equity in health"; and lastly, the undo emphasis that was placed on individual "risk factors" as the cause of all illness.

Key words: health systems; public health; health policy, planning, and management; equity in health; Latin America.

REFERENCIAS

- Almeida CM. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Revista Saúde e Sociedade*. 1996; 5(2):3-57.
- Almeida CM. Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2005;4(9):6-60.
- Saltman R, Figueras J. Reforma sanitaria en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.
- McKeown T. El crecimiento moderno de la población. Barcelona: Antoni Bosch Editor; 1978.
- McKeown T. El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? México: FCE; 1989.
- Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo Veintiuno Editores; 1987.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Information Canada; 1975.
- Blum J. Planning of health. Berkeley: University of California Press; 1979.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
- Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001.
- Evans RG, Barer ML, Marmor TR. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994.
- Gamboa T, Arellano M. Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2007;6(13):46-65.
- Granados R. La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1(3):16-46.
- Almeida CM. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas tecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):905-25.
- Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reforms in Latin America: The convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv*. 2001;31(4):729-68.
- Laurell A, López O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Serv*. 1996; 26(1):1-18.
- Laurrell A. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. *Gaceta*. 2000;1(1):44-54.
- Ahumada C. La penuria de la salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1(3):47-57.
- Human Development Report. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. UNDP. Oxford University Press. New York. 2003. [Sitio en Internet] Hallado en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_complete.pdf. Acceso el 15 septiembre 2007.
- Montiel L. "Beneficios y riesgos del nuevo valor de la salud en la sociedad pos-industrial". En: Arquiola E, ed. La salud en el Estado del Bienestar. Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia No. 2. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1992. P. 46.
- Goñud E. Los límites de la medicina. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1996.
- Quevedo E. El proceso de salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. En: Cardona G, ed. Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Editores; 1992. Pp. 7-44.
- Callahan D, Allert G, Boyd K, Gillon R, Glasa J, Nordenfelt L, et al. Los fines de la medicina. El establecimiento de nuevas prioridades. Proyecto Internacional del Hastings Center. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífol i Lucas No. 11. Barcelona: Fundación Víctor Grífol i Lucas; 2004.
- Cárdenas H. Medicina comunitaria y medicina tradicional indígena. En: Zuluaga G, Correal C, comps. Seminario Internacional de Etnomedicina. Bogotá: Universidad El Bosque; 2002. Pp. 194-9.
- Matdonado C. Filosofía y salud. En: Escobar J, Jácome S, Cardona G, Málaga H, Rodríguez C, Mont J, et al. Bioética y calidad de vida. Colección Bios y Ethos No. 9. Bogotá: Ediciones El Bosque; 1997. Pp. 65-80.
- Agich G. The importance of management for understanding managed care. *J Med Philos*. 1999;24(5):518-34.
- Burkett P. Poverty crisis in the Third World: the contradictions of World Bank Policy. *Int J Health Serv*. 1991;21:471-80.
- Gracia D. Ética de la eficiencia. En: Amor J, Ferrando I, Ruiz J, eds. Ética y gestión sanitaria. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000. Pp 43-54.
- Jensen U, Mooney G. "Changing values and changing policy". En: Jensen U, Mooney G, eds. Changing values in medical and health care decision making. Chichester: John Wiley & Son; 1990. Pp. 179-89.
- Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002;1(3):76-93.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.
- Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. *Acta bioeth*. [Publicación periódica en línea]. 2003. [citada 2007 Agos 8]; 9 (1): [13 pantallas]. Hallado en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011&lng=es&nm=iso
- Cepal. Panorama social de América Latina 2007. [Sitio en Internet] Hallado en: <http://www.eclac.org/jd.asp?id=30305>. Acceso el 14 abril 2008.
- Yepes L. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: Ministerio de Salud. Departamento Nacional de Población; 1990.
- Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, Taborda MC, et al. Equidad y reforma a la salud en Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2000; 2(3):193-219.
- Rosanvallón P. La nueva cuestión social. Repensar el Estado Providencia. Buenos Aires: Manantial; 1995.
- Beachamps T, Childress J. Principios de ética biomédica. Madrid: Masson; 1999.
- Sen A. Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós; 1997.
- Crawford R. Usted es un peligro para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. En: De la Cuesta C, comp. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. 1.ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999. Pp. 47-76.
- Navarro V. La medicina bajo el capitalismo. Barcelona: Crítica; 1978.
- Mullan F. Community-oriented primary health care: an agenda for the 80s. *N Engl J Med*. 1982;307:1076-8.
- Walzer M. Las esferas de la justicia. Una defensa del pluralismo y de la igualdad. México: FCE; 1997.

Reformas organizativas en atención primaria para adaptarse al reto de la atención integrada

Ana Rico Gómez

Departamento de Gestión y Economía de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Oslo, Oslo, Noruega.

La atención integrada, oportunidad y reto

El momento actual ofrece oportunidades de expansión para la atención primaria (AP). Epidemiología, tecnología y sociedad son 3 grandes fuerzas del entorno que explican el surgimiento de la atención integrada (AI). El aumento de las enfermedades crónicas y de tecnología en sanidad requieren una mayor integración horizontal y vertical de los proveedores. La AI representa un nuevo tipo de servicios de coordinación y cooperación, entre proveedores y pacientes, para prestar un paquete integrado de cuidados crónicos de larga duración. Comparte rasgos con la coordinación de agudos, que en Europa suele desempeñar en forma de monopolio la AP (puerta de entrada), lo que le concede ventajas comparativas (tabla I). Pero la AI también comparte retos para la AP. Requiere servicios y herramientas de gestión de redes (tabla II) más complejas que en el pasado. Y también reformas radicales en la organización, la formación y la regulación (tabla III).

Tabla I. Definición de conceptos. Integración y atención integrada

¿Qué significa integración?

El término integración significa constituir un todo, unar, fusionar

En el pasado, se usaba como sinónimo de fusión de la propiedad, por lo que 2 o más organizaciones (públicas o privadas) se constituyen en una sola, que pasaba a coordinar (dar órdenes conjuntas) a las unidades integradas

En el presente, por integración se entiende la constitución de un todo, mediante fusiones (jerarquías ordenación centralizada), o acuerdos contractuales entre organizaciones (redes: codecisión y corresponsabilidad)

¿Qué es la Atención Integrada?

La Atención Integrada es la prestación de servicios de coordinación y cooperación entre proveedores de cuidados crónicos. Una de sus modalidades es la gestión de casos

Constituye un nuevo "mercado" (o sector de actividad), dado el aumento de la demanda privada (debido al envejecimiento y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo) y los nuevos seguros de dependencia públicos (expansión del Estado del bienestar)

Integración organizativa: de las jerarquías a las redes

Envejecimiento y enfermedades crónicas

En Estados Unidos, los cuidados crónicos absorben entre el 60 y el 75% del gasto sanitario. Las enfermedades crónicas requieren perfiles profesionales y modelos organizativos distintos a las agudas. Los episodios agudos se benefician poco de la integración entre niveles (vertical), y mucho de la integración intranivel (horizontal), dado que a menudo se solucionan en un solo nivel de atención, y requieren la superespecialización por enfermedades. Ambos rasgos funcionan mejor en un entorno jerárquico. Los pacientes crónicos transitan repetidamente por varios proveedores y niveles de atención para una misma enfermedad o enfermedades; requieren más cooperación entre proveedores, y una mayor formación supraspecialista y multidisciplinaria. Ambos requisitos funcionan mejor en los modelos organizativos de tipo red, donde la AP ocupa una posición de liderazgo (como en las organizaciones de mantenimiento de la salud [HMO, en sus siglas en inglés] o los grupos de AP británicos).

La revolución tecnológica

La tecnología en sanidad es la causa de la mayor parte de los aumentos del gasto; y los sistemas de salud de los países con más éxito en evitar la inflación tecnológica son los europeos, con un grado mayor de integración a través de redes, como los escandinavos. La alta tecnología genera nuevas funciones diagnósticas y terapéuticas, que empujan a los hospitales a delegar tareas al ámbito comunitario (lo que requiere reforzar la integración vertical), y a los médicos a delegar tareas al personal de enfermería y a los pacientes (lo que refuerza la integración horizontal). Las tecnologías de la información permiten abaratar los costes de la integración a través de redes o integración virtual, así como los de formación y de educación sanitaria.

Educación de los pacientes y cogestión de la enfermedad crónica

Los aspectos sociales a menudo son mal entendidos. Lo que se define como aumento de las expectativas en la práctica es el resultado del aumento de la educación sanitaria y de la implicación de los pacientes (sobre todo crónicos). El nuevo interfaz, con un paciente mejor formado, puede utilizarse para delegar funciones de cogestión de la enfermedad que abaratan los costes. Tanto en Europa como en España, el médico de AP es el agente preferido por los ciudadanos para liderar la AI y compartir la gestión de la enfermedad.

Modelos y reformas tipo red en atención primaria:

Europa frente a Estados Unidos

Las reformas y el modelo de red se confunden en Europa con la privatización y el mercado, y en Estados Unidos con la nacionalización y la jerarquía. Ello se debe, en parte, a que presentan rasgos híbridos entre jerarquías y mercados (tabla II). Y también a que hay redes en las jerarquías y en los mercados, informales en un caso, y desintegradas en otro. La base

Tabla II. Tipos organizativos puros. Mercados, jerarquías y redes

| | Mercados | Redes | Jerarquías |
|--|----------|-------|------------|
| Contratos de derecho mercantil | ++ | + | 0 |
| Contratos administrativos | 0 | + | ++ |
| Intensidad de incentivos | ++ | + | 0 |
| Adaptación autónoma de la vía de competencia | ++ | + | 0 |
| Adaptación coordinada de la vía de regulación | 0 | + | ++ |
| Adaptación coordinada de la vía de cooperación, co-decisión y corresponsabilidad | 0 | ++ | + |

Adeptada de Willemsen, 1991.

del modelo de red puro son los acuerdos formales de cooperación entre organizaciones autónomas integradas bajo una gestión común.

En Estados Unidos, las redes integradas bajo gestión centralizada (HMO) obtienen mejores resultados en AI que las

redes desintegradas típicas del modelo de mercado, y entorpecen con mayor frecuencia cuanto menor sea la competencia, y mayor el número de proveedores públicos o sin ánimo de lucro. En Europa, los sistemas nacionales de salud descentralizados, con una AP fuerte y basada en el modelo de red (como en los países escandinavos y el Reino Unido), obtienen mejores resultados en AI y satisfacción del paciente.

Tabla III. Reformas organizativas tipo red para adaptarse a la atención integrada

Organización

Formas de propiedad mixta: el Estado conserva al menos el 51%, y comparte el resto con EAP o sociedades capaces de reinvertir los beneficios para mejorar la atención.

La idea es compartir el control y el riesgo (redes), no potenciar el ánimo de lucro (mercados)

Descentralización de presupuestos prospectivos de hospitales y sociosanitaria a EAP que opten por ejercer la AI a tiempo parcial

Alianzas contractuales estables entre el EAP y otros proveedores (farmacia, centros de día, especialistas o servicios)

Formación y personal

Expansión de la capacidad en AP (personal, tecnología y algunos centros) hasta igualar la media europea

Aumento de las retribuciones por encima de los hospitales, y del peso de la distribución variable vinculada al desempeño

Formación de:

Personal de enfermería especializado, y

Médicos de AP con un interés especial

Contratación de personal de enfermería y gestores bajo el control del EAP

Regulación

Redefinición de monopolios profesionales en AP para que:

Los médicos asuman funciones de gestión y especializada y

El personal de enfermería asuma funciones antes desempeñadas por los médicos.

Contratos a tiempo parcial e incentivos para facilitar:

La integración parcial de los profesionales de AP en otras unidades (hospitales, gerencias, consorcios de AI), y

La integración de otros profesionales (servicios sociales, otras especialidades) en el equipo de AP

Constituye un nuevo "mercado" (o sector de actividad), dado el aumento de la demanda privada (debido al envejecimiento y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo) y los nuevos seguros de dependencia públicos (expansión del Estado del bienestar)

AP: atención primaria; EAP: equipos de atención primaria.
Adaptado de Muñoz Saltman et al. 2006.
AI: Atención integrada.

Las reformas necesarias en España

La reforma de la AP pública de 1986, basada en el modelo jerárquico, consigue que el sector absorba un 90% de las primeras visitas y alcance cuotas mayores de satisfacción que los hospitales. Pero fracasa en conseguir la expansión de capacidad necesaria para adquirir nuevos papeles en AI. En España, la demanda privada de AI empieza a aumentar en la década de los años 1990, y la Ley de Dependencia a principios del siglo XXI expande la financiación pública en el sector. Es por tanto urgente expandir la capacidad y emprender las reformas tipo red en la organización, la regulación y la formación necesarias para responder a los retos de la AI (tabla III).

Bibliografía general

Contor A, Magee H. *European Patient of the Future*. Buckingham: Open University Press; 2003.

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Anexo VIII, p. 641.

OECD. *A disease-based comparison of health care systems*. Paris: OECD; 2003.

Rico A. Crisis de la atención primaria. Actualizaciones en medicina de familia. 3, 8:1-2.

Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2006.

Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driving seat?* Buckingham: Open University Press; 2006.

Shortell S. Grupos de prepago y sistemas organizativos de provisión. En: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos y aplicaciones. Barcelona: Masson; 2006.

Williamson OE. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*. 1981;30:269-95.

SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD

Por una nueva atención primaria en un escenario de atención integrada

Juan Carlos Coniel,
Jordi Martínez Roldán y Gloria Jodar
*Coordinador de Enfermería, Gerencia Àmbit Costa Ponent,
Institut Català de la Salut.
*Director mèdic, Hospital Comarcal de l'Alt Penedès.
*Colectora del Pla de Integració de Atenció Primària,
Departament de Salut.

¿Por qué hemos de caminar hacia un escenario de atención integrada?

El desarrollo de los servicios de salud y sociales que dan respuesta a las necesidades y las expectativas de los ciudadanos ha configurado un escenario en el que, paralelamente, se han creado espacios de compartimentación en la provisión de servicios a personas que, por sus condiciones, requieren que la prestación de los servicios se hiciera de manera integrada.

Durante los últimos años, en la bibliografía ha surgido un buen número de trabajos que presentan modelos en los que el eje central ha sido la configuración de escenarios de servicios integrados de salud. Casi todos los modelos tienen como elemento común el hecho de ser una respuesta al incremento, tan importante y destacado, del número de personas con enfermedades crónicas ("pandemia de las enfermedades crónicas"), que utiliza de forma reiterada y poco eficiente los diferentes dispositivos del sistema. También los ciudadanos piden participar más activamente en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de salud y enfermedad, y muchos de los pacientes con enfermedades crónicas no reciben la atención suficiente ("fuera de radar"). La atención que reciben estas personas se hace a menudo de manera reactiva, no planificada y fragmentada por los diferentes proveedores y, además, los servicios de atención primaria y hospitalarios están saturados.

Cómo diseñar el camino hacia la integración

Para pasar del modelo actual a un escenario de atención integrada, se propondría lo siguiente:

- Desarrollar un modelo de evaluación de la situación de integración (*check list*) donde se pueda identificar un conjunto de elementos o "ingredientes" a tener en cuenta en la construcción de un modelo de integración de servicios.
- Desarrollar instrumentos ("caja de herramientas") para avanzar hacia la integración. Aquí se podrían utilizar metodologías, como la elaboración de un Cuadro de Mando Integral (*Balanced Scorecard*) que permita realizar un abordaje multidimensional (recursos, procesos, personas) con propuestas de acciones relacionadas con la estrategia que se haya diseñado en un territorio.

- Definir etapas que hay que seguir para avanzar de forma progresiva de la situación actual a la integración de servicios en el territorio (hoja de ruta/pasos que hay que seguir).
- Priorizar los elementos determinantes de la integración de servicios que atienden a un modelo de priorización, en relación con su importancia y factibilidad.

La meta de un proyecto de integración sería desarrollar e implementar un modelo de prestación de servicios integrados, para que mejore la salud de la población, que ofrezca servicios centrados en las necesidades de las personas de una manera personalizada y teniendo en cuenta su opinión, que incorpore en todos sus estadios a los proveedores sanitarios y sociales, y se garantice la sostenibilidad del sistema con una utilización mejor de los recursos.

Los puntos clave de la integración de servicios

Los puntos clave serían: a) la gestión por procesos como herramienta de apoyo en la organización de los proveedores profesionales; b) el análisis de situación, priorización, objetivos y evaluación en base territorial; c) el cambio cultural y la política de recursos humanos en red; d) el diseño de la historia clínica compartida al servicio de la integración y un sistema de información territorial de apoyo a la planificación; e) la introducción de cambios graduales en los sistemas de compra y contratación que alineen incentivos al continuo; f) la incorporación del paciente como agente activo en la provisión de servicios; y g) la participación en la toma compartida de decisiones.

Resoluciones y recomendaciones

Estas se agruparían en un número determinado de dimensiones (fig. 1).

Acciones en financiación

La financiación se consideraría una dimensión determinante, que facilitaría un proceso real de integración de servicios. Se propondría la introducción de cambios graduales, pero consistentes, en el tiempo. Para desarrollar esta dimensión, se establecerían unas premisas básicas: el dinero tendría que seguir el modelo; debería haber coherencia entre los sistemas de pago entre niveles (alineación vertical), y entre los sistemas de pago intraniveles (alineación horizontal).

Los cambios graduales podrían traducirse en algunas acciones concretas, como por ejemplo la asignación presupuestaria a la atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria con un componente variable (en principio bajo, pero en aumento). Entre los objetivos y los probables indicadores que hay que introducir se deberían buscar indicadores para incentivar la integración de servicios. Algunos posibles ejemplos serían: gasto de farmacia, indicadores finales de resultado en salud, mortalidad, ingresos hospitalarios relacionados con algún proceso de enfermedad crónica (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca), etc.

Acciones en planificación y estrategia

Una consideración previa sería que, para la construcción de un sistema integrado de salud, primero se debería desarrollar la estrategia y después, la estructura.

Entre las acciones propuestas para desarrollar la estrategia estarían: a) elaborar un plan estratégico plurianual para cada unidad territorial, donde la construcción y el desarrollo de un modelo integrado de servicios sería un elemento de alta prio-

SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD

ridad; b) analizar las poblaciones de cada territorio con modelos predictivos; c) creación de un sistema de objetivos, indicadores y sistema de evaluación relacionados con la definición de los procesos clave, con un alto nivel de transversalidad que controle el continuum. Se construiría un cuadro de mando común para cada territorio, para los proveedores y profesionales, se desarrollarían alianzas estratégicas entre proveedores, se buscarían líderes que ayudarían a desarrollar esta visión, así como un plan de comunicación/marca (posicionamiento).

Acciones en el desarrollo de las personas

Un sistema integrado no se puede construir sin la participación activa y convicción de los profesionales que trabajan en un territorio, independientemente de que pertenezcan a uno u otro proveedor.

Abordaríamos algunas acciones concretas que nos podrían ayudar, dentro de esta dimensión, a desarrollar un modelo integrado: a) instrumentos de pago de organizaciones y profesionales (complemento de retribución variable, DFO, etc.) como palancas de cambio mediante indicadores relacionados con sistemas integrados; b) programas de formación continua dirigida al desarrollo del modelo de atención compartida; c) desarrollo de las redes de investigación, y proyectos comunes y participados por diferentes organizaciones y profesionales alineados con los objetivos territoriales; d) creación de economías de escala de la oferta de servicios, en los que se estimule la cooperación y se evite la competencia; y e) desarrollo de modelos de participación, como por ejemplo juntas clínicas formadas por profesionales electos, que asesoren a los nuevos gobiernos territoriales.

Acciones en la reorganización de procesos y servicios
La organización por procesos debe ser un elemento clave en la transformación de la situación actual en un modelo de atención integrada. Uno de los principios fundamentales dentro

de este dominio es que la atención primaria tiene que seguir siendo la puerta de entrada al sistema sanitario, estructurándose en centros de salud más pequeños y próximos al ciudadano.

Se proponen algunas acciones: análisis de las necesidades de la población de un territorio y segmentación mediante el desarrollo de un modelo predictivo; ingresos no programados o urgentes; introducción del modelo de gestión de casos; estrategias de fomento de autocuidado; planificación del alta hospitalaria; incorporación de avisos y alertas a los sistemas de información de cada proveedor y profesional; modelo de atención integrada en pacientes protegidos por la nueva Ley de Dependencia; guías de práctica clínica informatizadas; construcción de rutas asistenciales; creación de escenarios de atención compartida, y diseño de servicios con participación del ciudadano.

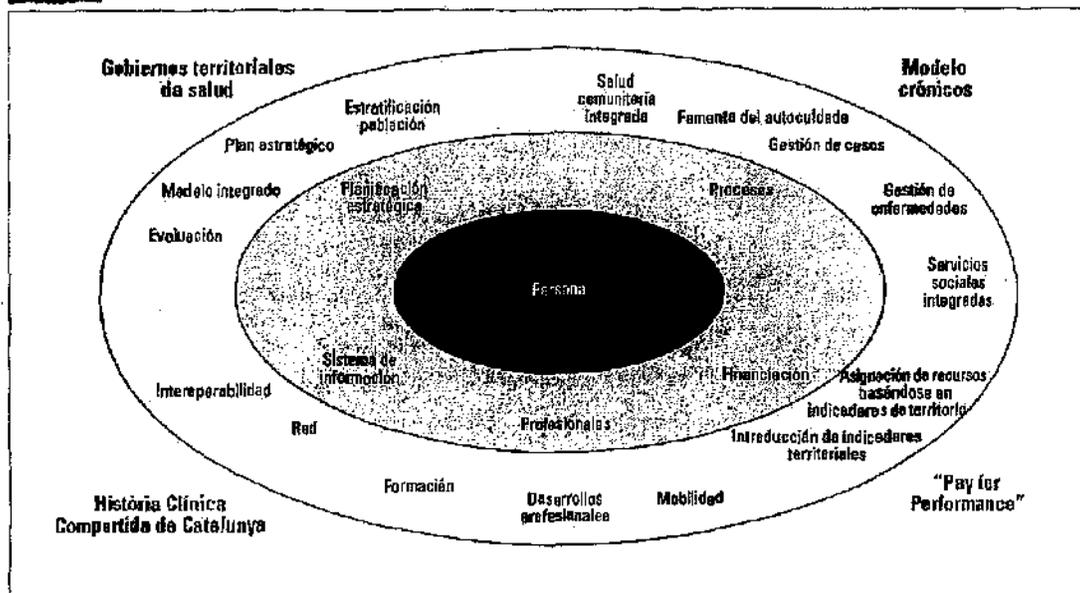
Acciones en sistemas de información

Una de las consideraciones previas sería que la tecnología tiene que estar al servicio del modelo integrado. Hay que tener en cuenta los cambios organizativos y culturales que implica el impacto de desarrollar esta dimensión. Entre las acciones propuestas en esta área estarían: a) el desarrollo de modelos de historia clínica única o compartida; b) la "interoperabilidad" entre proveedores de un mismo territorio; c) la obtención de un sistema de indicadores e información de base poblacional; d) la estratificación del riesgo y el desarrollo de modelos predictivos; e) la introducción de un sistema de alertas y/o avisos; f) el desarrollo de un sistema de comunicación interorganizacional (glg; mailbox); g) el cuadro de mando territorial, y h) las guías de práctica clínica informatizadas.

Cómo integrar y priorizar estas acciones

Como se puede visualizar en este documento, hay acciones que principalmente corresponden a una dimensión, pero que

Figura 1. Dimensiones del modelo de atención integrada.



se pueden abordar desde más de una dimensión y que pueden tener efecto en diferentes objetivos estratégicos, incluso en la mayoría de ellos.

Por eso, se ha determinado establecer una distribución de acciones asignadas principalmente a las diferentes dimensiones (fig. 1), pero a la vez se ha desarrollado una matriz donde se visualiza el impacto de cada acción en los diferentes objetivos estratégicos (fig. 2) y, finalmente, cómo el grupo de trabajo en un territorio debería priorizar éstas atendiendo a criterios de importancia y factibilidad.]

Bibliografía general

Canadian Home Care Association. Implementing Case Management as A Strategy for System Integration: Experiences from the CHCA National Partnership Project. CHCA, 2007. Disponible en: <http://www.cchomecare.ca/media.php?mid=1557>

Centros de Salud - Rutas Asistenciales de Coordinación/Integración A. Primaria-A. Hospitalaria. Disponible en: <http://www.gapilano.es/ra/primaria/rutas.html>

Delivery System. Int J Integr Care. 2004;1:1-12.

Department of Health. Supporting people with long-term conditions: an NHS and Social Care modelo to support local innovation and Integration. London: Department of Health; 2005.

Department of Health. Caring for people with long-term conditions: an educational framework for community matrices and case managers. London: Department of Health; 2006.

Dr. Foster Intelligence. Keeping patients out of hospital: the challenge of reducing hospital admissions. Disponible en: http://img.guardian.co.uk/sys-files/Society/documents/2006/02/10/final_report.pdf

Hebert R, Vell A. Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. Int J Integr Care. 2004;4:005. Disponible en: <http://www.jabimedcentral.nlh.gov/article/render.cgi?articleid=1303264> <http://www.improvingchroniccare.org/>

King's Fund. Combined Predictive Model: Final Report. London: King's Fund; 2006.

Singh D. Transforming Chronic Care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: The University of Birmingham; 2006.

Sylvia M, Steiner E, Haiso C, Boyd C, Schuster A, Roubt C. Clinical Features of High-Risk Older Persons identified by predictive modeling. Disease Management. 2006;9:56-62.

Figura 2. Matriz de desarrollo del sistema integrado.

| Objetivos estratégicos | Acciones | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|----------------------------------|--|---|--|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|
| | Creación de modelo predictivo | Incorporación de gestoras de casos | Incorporación Hospitalar | Planificación del alta hospitalaria sanitaria grupal y paciente experto | Programas de educación sanitaria | Protocolo actuación común para enfermedades crónicas | Trazectorias clínicas en algunos procesos | Guías de práctica clínica informatizadas | Modelo de trabajo compartido con servicios sociales complejos dependientes | Definición y construcción repositorio con DIMEO común al sistema integrado | Sistema de comunicación rápida manual en albox | Sistema de alertas/aviso | Plan formación conjunta en proceso EPID/IC | Cuadro matriz territorial común al sistema integrado | Plan de comunicación, marca común, direcciones y profesionales dentro del territorio | Financiación proveedores y pago profesionales sensible a sistema integrado |
| Desarrollar una integración de procesos asistenciales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incorporar un sistema de financiación que facilite la integración | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Compartir información entre proveedores y profesionales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obtener buenos indicadores de salud, utilización de servicios y satisfacción | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mejorar competencias de directivos y profesionales | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseñar la planificación y la estrategia para cada territorio donde se implanta al sistema integrado | | | | | | | | | | | | | | | | |

DMBD: conjunto mínimo básico de datos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardíaca.

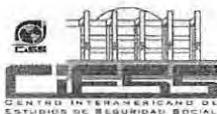
- 26 Conferencia Sanitaria Panamericana. Extensión de la protección social en salud. Iniciativa conjunta OPS-OIT, 2002
- WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance.
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing>
- Salud en Las Américas 2007. Washington DC, OPS, 2007
- La actual crisis financiera internacional y sus efectos en América Latina y El Caribe. CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile, enero de 2009
- WHO. Spending on health: A global overview.
www.who.int/mediacentre, marzo 2007
- OMS, National Health Accounts
<http://www.who.int/nha/country/en/>
- Panorama Social de América Latina 2008, CEPAL, diciembre de 2008
- Informe sobre el desarrollo humano 2007 – 2008, PNUD,
<http://www.undp.org>
- Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca. OMS, Ginebra, 2008
- 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, D.C: OPS, 2007.
- Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos y Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en Las Américas. Serie Renovación de la APS en Las Américas. Washington DC, octubre de 2008
- La Salud Pública en Las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC, OPS, 2002
- A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. CONASS-OPAS, Brasil 2007
- Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2007
- Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. OMS, 2005
- Recursos humanos de salud en Las Américas: tendencias y datos para la acción. Unidad de Recursos Humanos de la OPS, Washington, 2006

- OMS, National Health Accounts <http://www.who.int/nha/country/en/>
- www.paho.org. BLOG de la Directora, 16 de marzo de 2009
- WHO. The World Medicines Situation. Geneva: World Health Organization, 2004.
- WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. Geneva: World Health Organization; March 2004.



Directorio de servicios





CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Directorio de Servicios

| SERVICIO | ATENCIÓN | HORARIOS | EXTENSIONES |
|--|--|---|---|
| Administración | Lic. Héctor Castillo | 9:00 a 19:00 | 4741 |
| Recepción Servicio de taxi | Srita. Tania Orozco | 9:00 a 17:00 17:00 a 19:00 Sábados y Domingos 7:00 a 22:00 | 9 ó 4700 |
| Hotelería Permanencia Limpieza Otros servicios / Mantenimiento | Sr. Ricardo Soriano | 8:00 a 16:00 | Sábado y domingo se reportan a la recepción 4762 y 4763 |
| Alimentación Desayuno, Almuerzo y Cena | Lic. Ana Laura Maldonado | 9:00 a 17:00 | 4744 |
| Asistencia Medica Casos de emergencia (Se entregará un formato de ingreso a la Clínica 22 del IMSS ubicada en frente del CIESS). | Srita. Tania Orozco | 9:00 a 17:00 17:00 a 19:00 Sábados y Domingos 7:00 a 22:00 | En recepción |
| Ampliación de VISA | Sr. Juan José Zermefio | 9:00 a 16:00 | 4747 |
| Boletos aéreos / Extranjeros Confirmación y cambios | Sra. Victoria Vázquez | 9:30 a 19:00 | 4705 |
| Certificación / Pliegos de comisión | Sra. Victoria Vázquez | 9:30 a 19:00 | 4705 |
| Informática Aula de cómputo Internet inalámbrico Utilización de impresoras | Sr. Anselmo Mayer | 8:00 a 16:00 | 4745 |
| Fotocopiado Servicio externo | OFFICE MAX o papelería a una cuadra del CIESS. | | |
| Biblioteca | Sra. Guadalupe Zamora | 11:00 a 19:00 | 4752 |
| Gimnasio | Sr. Ricardo Soriano | 6:00 a 22:00 | |
| Caja Cambio de moneda (antes de las 12:00AM) Seguridad (resguardo de bienes) Venta de tarjetas ladatel | Sra. Concepción Sánchez | 8:00 a 16:00 | 4723 |
| Estacionamiento | Sr. Ricardo Soriano | 8:00 a 16:00 | 4743 |
| Vigilancia Recepción Estacionamiento | Vigilante de turno | Vigilancia las 24 hrs. | 4756 |