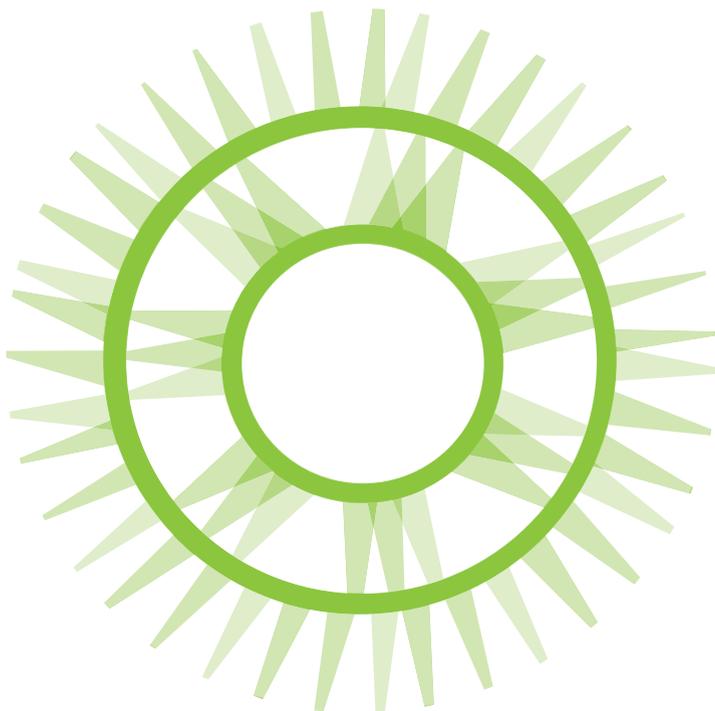


Transformando los servicios de salud hacia redes integradas

Año | 2017

Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención
hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina



Organización
Panamericana
de la Salud



ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS

Organización
Mundial de la Salud
Américas

Transformando los servicios de salud hacia redes integradas

Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención
hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina

Transformando los servicios de salud hacia redes integradas

Elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia
el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina

Representación OPS/OMS Argentina, 71



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Marcelo T. de Alvear 648 - 4° piso
(C1058AAH) CABA, Argentina

Buenos Aires, 2017

Organización Panamericana de la Salud - OPS

Transformando los servicios de salud hacia redes integradas : elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina / Osvaldo Artaza Barrios ; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017. 90 p. ; 22 x 15 cm. - (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina ; 71) ISBN 978-950-710-128-1

1. Servicios de Salud. 2. Atención Primaria de Salud. 3. Argentina. I. Artaza Barrios, Osvaldo, coord. II. Título. CDD 613.04

Fecha de catalogación: 21/04/2017

© Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Fecha de realización: abril 2017

Tirada: 1.000 ejemplares

Revisión bibliográfica: Flavio Hazrum

Diseño: Andrés Venturino

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

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial, pero mencionando la fuente de información.



Coordinador

Oswaldo Artaza.ⁱ

Colaboradores, agradecimientos y reconocimientos

Este documento, si bien está enfocado en el proceso argentino, se nutre primero de enriquecedoras conversaciones con Ricardo Fábrega de HSS OPS/OMS Washington, y luego con la discusión realizada en conjunto con un grupo de profesionales de OPS en el marco de la elaboración de una sección del primer capítulo de Salud en las Américas: Korc, Dr. Marcelo (WDC); Menezes Da Silva, Dr. Fernando (WDC); Butron Riveros, Dr. Betzabe (WDC); Saboya, Dr. Martha (WDC); Houghton, Ms. Natalia (WDC); Luque, Lic. Hernán (ELS); Rodríguez-Guzmán, Dra. Julietta (WDC); De Mucio, Dr. Bremen (CLAP/SMR); Caffè, Dr. Sonja (WDC); Urrutia, Ms. Soledad (WDC); Pérez-Rosales, Dra. María Dolores (WDC); Sepúlveda, Lic. Hernán (WDC); Báscolo, Ernesto (WDC). Se reconoce también el permanente aprendizaje recibido en el trabajo con Reynaldo Holder (WDC) en el ámbito de hospitales y redes.

Luego en la revisión se agradece a Maureen Birmingham, Guillermo Williams, a Débora Yanco y María Elena Varela. En las experiencias señaladas de la Argentina se agradece a Alberto Schwarcz, Sebastián Laspiur, Miguel Gonzalez, Federico Fiorilli, Emiliano Melero, Daniel Ferrante, Rafael Ventafridda, Ricardo Campodónico y Daniela Álvarez por sus importantes aportaciones.

ⁱ - Asesor de Sistemas y Servicios de Salud (HSS), OPS/OMS



Índice



Prólogo	xiii
Introducción	17
Oportunidades y desafíos en el contexto Argentino	25
Servicios ambulatorios resolutivos	31
Estructuración y organización de los servicios ambulatorios y de apoyo social	37
Un hospital integrado en redes	43
Personas para la salud universal y el trabajo en red	51
Una gestión de la calidad para la transformación de los sistemas hacia salud universal	59
Alineando el financiamiento y a las tecnologías sanitarias a un modelo de atención basado en la APS	65
Casos de desafíos	71
Palabras finales	81
Glosario	83
Referencias bibliográficas	93

Prólogo



Un modelo de atención, es el diseño de la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos en un sistema de salud; niveles de atención; perfil de competencias, etc., con el objeto de contribuir al mayor nivel de salud de las personas. También se refiere a las características, valores y principios, tipo, estructura y combinación de servicios de salud que se ofrecen en un país.

Los modelos de atención son “integrales”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación, paliativo y rehabilitación, que son desarrolladas por el sistema de salud, a través de actividades sobre el ambiente, los determinantes sociales, las poblaciones y las personas, están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad a las personas, considerando su integridad física, psíquica y social, así como los aspectos propios de la diversidad cultural, de género y de etnia, a lo largo de todo el ciclo vital.

Los modelos de atención ideales son “centrados en las personas”, cuando las actividades desarrolladas por el sistema de salud tienen como eje a las personas y entienden a la salud como un derecho humano esencial y universal. Son “en red o en redes integradas”, cuando un país –especialmente cuando los sistemas son segmentados y fragmentados- hace arreglos para que diversos actores o subsistemas se articulen, y presten servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, de manera colaborativa, compartiendo objetivos, reglas y normas comunes, rindiendo cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud y bienestar de la población a la que sirven.

En el mes de septiembre de 1978, en Alma Ata, se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), expresándose la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo; y por parte de la comunidad internacional, con el fin de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, estableciendo la

Declaración de Alma Ata. En esta declaración se describe que la APS debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y además a otros sectores de la vida nacional; y privilegiar la más alta participación de las personas y de las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud, promoviendo el trabajo en equipo e instando al uso más eficiente de los recursos disponibles. Se considera que la atención primaria de salud es parte del espíritu de justicia social del desarrollo de los países.

Posterior al reconocimiento de la APS como un componente fundamental de un sistema de salud efectivo, se desplegaron diversas experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo, demostrando que esta estrategia puede adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, luego de 25 años de práctica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sugiere la revisión de esta estrategia con el objetivo de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población.

Las razones que justificaron la adopción de una estrategia renovada para la APS, consistieron en los nuevos desafíos demográficos, sociales, epidemiológicos y ambientales, el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria, además del reconocimiento de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad y reducir las inequidades en salud. Incluso, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.

La posición que plantea la OPS considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud y que los sistemas de salud basados en la APS son la estrategia más adecuada para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas. El documento de la “Renovación de la Atención Primaria de Salud” explicita como objetivo último obtener resultados sostenibles de salud y bienestar para todos.

Esta posición, se ha visto reforzada recientemente por el consenso alcanzado en las Américas en el año 2014, cuando en la resolución del Cuerpo Directivo sobre la estrategia para acceso y cobertura universales a la salud, se señala que, “los modelos de atención a menudo no responden de manera adecuada a las necesidades diferenciadas de salud de las personas y las comunidades. El modelo de atención predominante en algunos países está basado en la atención episódica de condiciones agudas en centros hospitalarios, a menudo con uso excesivo de tecnologías y médicos especialistas. Las

inversiones y reformas de los sistemas de salud no siempre se han dirigido a los nuevos desafíos ni se ha logrado la incorporación adecuada de nuevas tecnologías e innovación en la gestión y la prestación de los servicios”. Dice que “la capacidad resolutive y la articulación de los servicios, en especial los relativos al primer nivel de atención, son limitadas y no responden a las necesidades emergentes en materia de salud, en especial las necesidades cada vez mayores de una población que envejece y el aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en toda la Región”. A su vez define que “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”.

A objeto de responder a lo anterior, la resolución sobre acceso y cobertura universal a la salud compromete a los Estados Miembros a “fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y basado en la estrategia de atención primaria de salud (APS)”,... y a “incrementar la inversión en el primer nivel de atención, según corresponda, a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud insatisfechas, en conformidad con los servicios que deben ser accesibles a todos para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Esta publicación intenta contribuir al debate de los elementos esenciales, para como dice su título... “transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para un modelo de atención para fortalecer el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina”. Estamos seguros, que desde la rica historia de este país por mejorar el acceso a la salud de sus habitantes, se seguirá haciendo esfuerzos para continuar de modo permanente transformando los servicios de atención a objeto de materializar el derecho a la salud para todos.

Maureen Birmingham
Representante OPS/OMS Argentina



Introducción



Es una aspiración de las naciones de las Américas, que sus ciudadanos alcancen la mejor calidad de vida posible. Pese a los esfuerzos por mejorar el acceso, integrar el sistema de salud y por generar redes efectivas basadas en la atención primaria, persiste un alto nivel de fragmentación y segmentación y se continúa privilegiando la oferta de servicios curativos y en particular de atención hospitalaria. Existe, así, una disonancia entre las necesidades de la población y el diseño vigente de los servicios de salud. A lo anterior, se suma las inequidades y desigualdades que persisten en el acceso y calidad para las poblaciones más alejadas, pobres o con condiciones de vulnerabilidad.^{1,2}

Reconociendo estos retos y retomando el espíritu de la Declaración de Alma-Ata de 1978 en nuevos contextos y escenarios, y superando enfoques que se acotan a aspectos estructurales, financieros o solo organizacionales, ha surgido en las últimas décadas un consenso en torno al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud -“Salud Universal”- como estrategia que busca materializar y garantizar el derecho a la salud como un derecho de todos, sin discriminación alguna. Dicho consenso se expresa en la Resolución CD53.R14 (OPS. 2014)ⁱ para salud universal, la cual define cuatro líneas estratégicas, la primera de ellas señala “ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades”.

El concepto de acceso universal tiene su fundamento en el nuevo paradigma de los sistemas centrados en las personas y las comunidades, implica el desarrollo de modelos de atención basados en la atención primaria de salud (APS)^{3,4} (figura 1), transformar la organización y la gestión de los servicios implementando y haciendo funcionar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)⁵ (figura 2 y 3); y desplegar acciones sanitarias y de prestación de servicios integrales, de calidad, universales y

i - OPS. (2014). *Resolución CD53.R14. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

de ampliación progresiva, que requieren del desarrollo de capacidades humanas, de su distribución adecuada a las necesidades y de la capacitación y educación permanente, que aseguren un óptimo desempeño; así como de la suficiencia, oportunidad y calidad del suministro y del uso racional de medicamentos y de otras tecnologías de la salud.

Este documento pretende contribuir a colocar en relieve los aspectos esenciales para un modelo de atención que esté efectivamente alineado con la transformación de los servicios de atención para salud universal. Aun cuando estos aspectos están ya suficientemente validados por la experiencia internacional, se han escogido buscando su aplicación en el contexto propio de la Argentina, intentando sumarse a los esfuerzos que se realizan permanentemente por mejorar el acceso a servicios de calidad a todos sin diferencia ni discriminación alguna.

Qué es “Salud Universal”

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y accesibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en especial los grupos en situación de vulnerabilidad.

Para alcanzar la salud universal, sea por vía del aseguramiento (énfasis en la demanda y en la cobertura prestacional) o vía ampliación de la oferta (“universalidad del acceso”), se requiere más inversión pública y un gasto más eficiente; fortalecer la rectoría del Estado; transformar los sistemas de salud en la lógica de RISS y la estrategia de APS, disminuyendo la segmentación, la fragmentación y el hospitalo centrismo; y, actuar efectivamente sobre los determinantes sociales de la salud.

Salud universal, requiere de gobernanza para una amplia participación social, una comunidad activa y participando en la toma de decisiones y en la implementación de las políticas.

Cada país, avanza hacia salud universal, desde su historia y desde su contexto social y político, pero sin duda todos lo harán actuando sobre los múltiples factores que inciden en la salud de las personas y buscando construir consensos que viabilicen políticas de Estado de largo plazo.

Qué no es “Salud Universal”

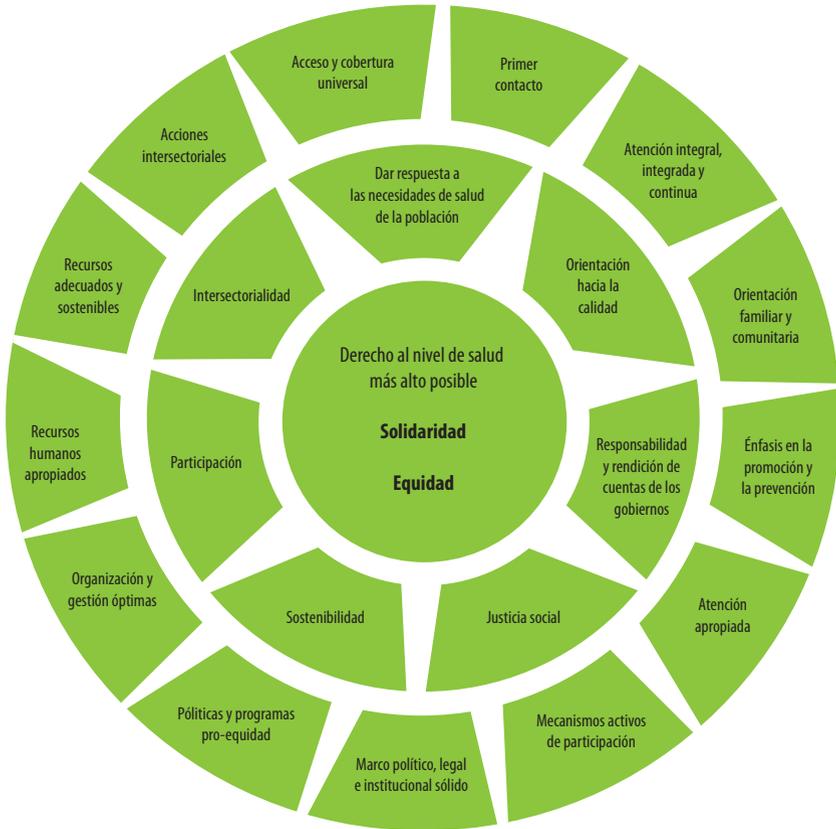
No es salud universal, esfuerzos vía aseguramiento (con énfasis en la demanda por prestaciones), o vía oferta de servicios (con énfasis en la universalización de prestaciones) que no integran regulación y legislación sobre el mercado, los alimentos y el ambiente que posibilitan condiciones de vida saludable para la población; que no actúan sinérgicamente con otros sectores de la economía o de las políticas sociales para actuar de modo efectivo sobre los determinantes sociales de la salud; que no integran ni articulan actividades preventivas sobre la salud de las poblaciones con las de curación y rehabilitación; que no identifican las inequidades y necesidades de salud más prioritarias y que por tanto desde allí no modulan el diseño de la prestación de los servicios, ni alinean decisiones sobre el recurso humano, el financiamiento y los mecanismos de pago, sobre la infraestructura y las tecnologías sanitarias.

No es “salud universal” servicios que colocan barreras al acceso, que maltratan a los usuarios, que desperdician recursos escasos, o que prestan atenciones inseguras.

Tampoco es “salud universal” sistemas capturados por intereses ajenos a la materialización del derecho a la salud, tales como los de la industria de medicamentos y otras tecnologías o de corporaciones profesionales, o que no incorporan la participación social, la interculturalidad y los aspectos de género.

“Salud universal” no es sólo medidas puntuales, de corto plazo o clientelares. No lo es “canastas básicas” ni tampoco “ofrecer todo a todos y al mismo tiempo”. Avanzando desde lo posible, fortaleciendo la confianza con la participación de la ciudadanía, los países gradualmente avanzan en materializar el derecho a la salud para todos.

Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS.



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

Que es Atención Primaria a la Salud

La atención primaria de salud –APS- es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Por “esencial” se entiende a lo “primordial”, lo más importante que debe estar accesible para todos de manera integral (en la múltiple significación de integralidad: 1) fomento, prevención, curación, rehabilitación, paliativo y cuidados de largo plazo; 2) en todo el ciclo vital; 3) en el continuo de atención y cuidados; y 4) en la diversidad de ser familias y comunidad) sin discriminación alguna para la obtención del mayor nivel de calidad de vida posible. Por tanto es una estrategia que atraviesa no sólo todo el sector salud sino que a “todas las políticas”.

La APS tiene valores y principios universalmente aceptados (ver figura 1) y requiere de servicios cercanos a las personas y las comunidades. Por ello es clave un primer nivel de atención fuerte, resolutivo y de calidad que este apoyado por servicios especializados estructurados en red (ver RISS).

La estrategia de APS requiere de una activa participación social y de incorporar aspectos tales como interculturalidad y género.

APS no es “servicios pobres para los pobres”.

Que son las redes integradas de servicios de salud

Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- son “un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve”

Las RISS requieren de una serie de atributos esenciales (ver figura 2), para asegurar la materialización del derecho a la salud a través de acciones integrales con y para las comunidades y personas, dando garantía de acceso, oportunidad, continuidad de atención y cuidados y de calidad de los servicios.

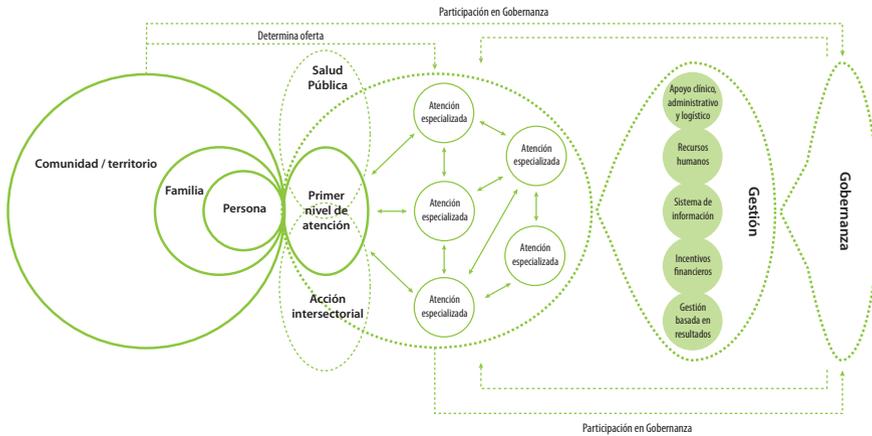
La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada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

RISS no es sólo conectividad de sistemas informáticas (aún que ayude mucho), ni normas de referencia y contra referencia por sí solas, ni mero acuerdos entre establecimientos para derivación de personas enfermas. RISS es una construcción permanente de personas y organizaciones que se articulan, involucran y comprometen para resolver cooperativamente necesidades de personas y comunidades.

Figura 2. Atributos esenciales de las RISS

Fuente: Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010.

Figura 3. Representación gráfica de los atributos de un modelo de atención en redⁱⁱ



Fuente: Adaptación OPS, de Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010.

ii - Llama la atención en la Figura, que no aparece segundo y tercer nivel. Esto es debido a que los cambios tecnológicos y la ambulatorización de la atención, han permitido difuminar los límites entre los niveles clásicos, ya que actualmente la alta complejidad en la atención de salud se da por igual a nivel hospitalario que a nivel ambulatorio. Por lo anterior, actualmente se tiende a hablar de primer nivel y luego de atención especializada ambulatoria y de internación.

Oportunidades y desafíos en el contexto argentino

El sistema de salud de Argentina es quizás uno de los más fragmentados y segmentados de la región y está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. En lo anterior es determinante la organización federal del país, en que cada una de las 24 jurisdicciones retiene su responsabilidad constitucional para ejercer con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud, y en que la seguridad social se desarrolló históricamente desintegrada en más de un centenar de entidades.

El sector público está conformado por el ministerio de la nación, los ministerios de salud provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas de los quintiles de ingreso más bajos, sin seguridad social y sin capacidad de pago (36% de la población).ⁱ Este sector se financia con recursos fiscales ascendentes a 2.2% del PIB (que provienen fundamentalmente de aportes provinciales) y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. Al interior de este sistema hay una multiplicidad de programas –algunos de ellos financiados con créditos internacionales– tales como SUMAR, Funciones Esenciales de Salud Pública (Banco Mundial) y Redes (Banco Interamericano de Desarrollo), que apuntan a asegurar actividades sobre poblaciones de mayor vulnerabilidad.

El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS) nacionales (más de 200 con un gasto de 1,59 % del PIB) y 24 provinciales (0,74% del PIB), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias (42% de la población). Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –PAMI– brinda cobertura fundamentalmente a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias (20% de la población con un

i - OPS/OMS, Indicadores básicos Argentina 2015. Disponible en <http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/Indicadores2015.pdf?ua=1>

gasto que llega a 0,75% del PIB). Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con aportes y contribuciones de los trabajadores y empleadores respectivamente.

El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye más de un centenar de entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga –EMP- que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS (8% de la población). El gasto en Los servicios que ofrecen se presta en consultorios e instalaciones privados. El total del gasto privado se acerca a 3% del PIB, siendo dos tercios pago directo de las personas en el punto de atención, especialmente en el ámbito del acceso a medicamentos.ⁱⁱ

Las OS nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud –SSS- cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados. Las OS nacionales y las EMP tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS. El PMO comprende un conjunto de prestaciones muy amplio y los medicamentos respectivos. Este programa cubre 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos.ⁱⁱⁱ El PMO no aplica a las OS provinciales, ni al sector privado que no pertenecen a esquemas de EPM, ni tampoco aplica en el sector público, el cual se regula a nivel provincial y municipal ofreciendo servicios definidos de acuerdo con los criterios establecidos por los diferentes ministerios de salud provinciales. En materia regulatoria es relevante destacar el papel de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica –ANMAT- quien tiene competencias de carácter nacional para garantizar que los medicamentos y dispositivos médicos a disposición de los ciudadanos sean eficaces y seguros.

Los recursos que Argentina gasta en servicios de atención de la salud superan el 8.5% del PIB, uno de los niveles más elevados de América Latina. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados en salud parecen insuficientes comparados con los recursos asignados al

ii - El acceso a la salud en argentina III encuesta de utilización y gasto en servicios de salud. Ministerio de Salud de la nación. 2010

iii - Cetrángolo O, San Martín M, Goldschmit A, Quintana L, Aprile M, El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.

sector,^{iv} y se observan inequidades en los resultados en salud, en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los servicios en los diversos territorios y grupos poblacionales de la nación.^v El número de médicos y de camas hospitalarias disponibles por mil habitantes a nivel nacional son 3,6 y 3,2. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hay 10,2 médicos y 7,3 camas por mil, mientras que en la provincia de Misiones hay 1,2 y 1,1 respectivamente. En lo anterior es relevante que tres cuartas partes del PIB de la nación se concentran en sólo cinco jurisdicciones y hay gran disparidad entre éstas (nueve veces) en lo referente al producto por habitante lo que se traducen en dispares condiciones socio económicas, que también tiene su expresión en el per cápita que cada jurisdicción destina a la prestación de servicios.

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en 2014 fue de 3,7/ 1.000 nacidos vivos. Las profundas desigualdades entre las provincias revelan la diferencia en la TMM, La Rioja (15.9/ 1.000), Formosa (9,6/ 1.000), Santa Cruz, Salta (8.1/ 1.000) y Santiago Del Estero (7.2/ 1.000), lo que es indicativo de las inequidades, los determinantes sociales de la salud y de las dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad. De igual forma se puede observar que las inequidades impactan en las principales causas de muertes en las provincias. En las áreas más pobres del país, es posible observar que la mortalidad por causas infecciosas presenta una carga importante, al contrario de las regiones más ricas donde prevalecen las causas no infecciosas. En 2014, como ejemplo, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas fue dos veces mayor en la provincia del Chaco (63.2/1.000 hab.), en comparación a la tasa de CABA (28.1/1.000 hab.). Al contrario, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Córdoba (221.0/1.000 hab.) es muy superior a la observada en Jujuy (90.8/1.000 hab.).

Argentina tiene a juicio de Cetrángolo (2014)^{vi} una triple diferenciación con respecto a su sector salud: de derechos (no toda la población tiene acceso a similar conjunto de beneficios en salud); regulatoria (capacidades de rectoría y regulación repartidas en las 24 jurisdicciones y los diversos subsectores); y territorial (debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico en las diversas regiones de la nación).^{vii} La autoridad sanitaria nacional por la estructura federal y los recursos que gestiona tiene limitada capacidad de influir sobre los poderes provinciales y no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cam-

iv - Arce H. *MEDICINA* (Buenos Aires) 2012; 72: 414-418

v - Cetrángolo O. *Rev. de economía política de Bs. As.* (vol. 13 año 8). 2014, pág. 145-183

vi - Oscar Cetrángolo, economista, investigador de FLACSO Argentina.

vii - Ídem Cetrángolo O.

bios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, los que se han intentado a través de esfuerzos de planes federales de salud y de fortalecer el papel del Consejo Federal de Salud –COFESA-. Consciente de esta realidad en la actualidad (2015-2019), se han propuesto al país 12 objetivos en salud. De ellos, son sus prioridades la cobertura universal en salud; desarrollar una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y un sistema de acreditación de la calidad. Estas propuestas requerirán –más que de recursos financieros- de la capacidad de concitar acuerdos entre los diversos actores de modo se pueda materializar el anhelo de acceso equitativo a similares servicios en términos de protección financiera, oportunidad y calidad, independientemente de la condición laboral, residencia, nivel de ingresos y de cualquier otra. En este esfuerzo, será clave consensuar un modelo de atención común estructurado en RISS.

Con el objeto de contribuir a los esfuerzos nacionales por fortalecer redes basadas en APS, se presentan en esta publicación los elementos conceptuales esenciales para ello, así como algunos pocos ejemplos de las muchas buenas prácticas que la Argentina viene desarrollando desde ya muchos años, a objeto de facilitar el consenso en torno a un modelo de atención compartido que contribuya a servicios aún más equitativos, integrales y de calidad.

¿Por qué Argentina tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado?

La Argentina tiene un sistema de salud por “segmentos” de población según su condición laboral o de ingresos económicos. Los trabajadores formales tienen obras sociales, los de mayores ingresos pre pagas, los trabajadores sin seguridad social son atendidos por los ministerios de salud provinciales. También tiene un sistema “fragmentado” porque al mismo tiempo los “segmentos” tienen muchos fragmentos, sub sectores o partes que no colaboran ni se relacionan estrechamente, observándose legislaciones e instituciones diversas. Lo anterior se traduce en que personas y comunidades acceden a distintos tipos de servicio, lo que contribuye a la pérdida de eficiencia, calidad y equidad global del sistema de salud de la Argentina.

Lo anterior no sucedió de modo casual, sino como en muchos países de la región, producto de la evolución histórico, social y política del país.

Terminar con la segmentación y la fragmentación no implica necesariamente un “sistema único”, sino que dentro de la diversidad una gobernanza compartida pudiera tender a la mancomunación de fondos, a marcos regulatorios comunes, a contar con un sistema común de información para monitorear la producción y resultados en salud, a la homogenización de modelos de atención y de prácticas y al intercambio de servicios, de modo que las personas no notaran quiebres ni diferencias injustas o discriminatorias.

La prueba de que la Argentina superó la segmentación y fragmentación sería (aun manteniendo la diversidad institucional) que todos y todas los habitantes de este país, tengan –para lo que la sociedad en su conjunto define como lo primordial, ético y justo para todos en salud- iguales condiciones de acceso en términos de oportunidad y calidad, independientemente vivan en Misiones o en CABA, sean hombres o mujeres, ricos o pobres.

Especial atención requiere el hecho no usual, que el gobierno de la Ciudad Autónoma y de la provincia de Buenos Aires –donde se concentra la mitad de la población- comparte con el gobierno de nación una misma visión política, lo que parece abrir posibilidades en torno a construir consensos que viabilicen rediseños de la prestación pública en la línea de lo debatido en el presente documento.



Servicios ambulatorios resolutivos

Ampliar el acceso a los servicios de salud, implica invertir en los servicios ambulatorios de atención a través del trabajo en y con la comunidad, muy cercano al hábitat de las personas, de forma tal que los servicios respondan y se adapten a sus condiciones de vida; esto implica mejorar la accesibilidad y la capacidad resolutiva en el nivel ambulatorio, que conlleve a mejorar la confianza y satisfacción de las personas y comunidades. Se entiende por servicios ambulatorios al primer nivel de atención o de contacto con la comunidad usuaria, y también a los diversos establecimientos de salud de competencias humanas y capacidades tecnológicas especializadas en temas de menor frecuencia relativa y/o de soporte diagnóstico, terapéutico o logístico al primer nivel, y a los diversos dispositivos en la comunidad tanto del sector salud como sociales, que trabajando articuladamente en red, resuelven –sin internación– las necesidades de personas y comunidades.

El abordaje anticipatorio del cuidado de la salud y por ende, la mejora en la calidad de vida, implica una respuesta social integrada. Este cambio no puede ser adscrito sólo al sector salud o a un dispositivo sanitario en particular e implica un cambio en el paradigma organizativo, en cómo intervenimos poblacionalmente, en cómo se modelan los sistemas y en cómo disponemos los recursos necesarios para cumplir ese objetivo.

La capacidad resolutiva de los servicios de salud, incluye el contar con equipos interdisciplinarios de salud -EIDS-, capacitados y con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas con dificultades en el acceso a la atención en salud, como por ejemplo áreas rurales dispersas o zonas urbanas y periurbanas pobres y excluidas. Dicho personal, debe contar con las tecnologías sanitarias apropiadas (laboratorios, medicamentos) y suficientes, así como con acceso efectivo a las especialidades. Los cambios y adaptaciones en los servicios de salud, principalmente en el primer nivel de atención, se dirigen hacia tener un equipo de salud que

cuenta con las capacidades para actuar inter sectorialmente sobre los determinantes sociales de la salud, para actuar junto a la comunidad en acciones de promoción y prevención, para el manejo tanto de problemas agudos como de los crónicos, incluyendo las secuelas y discapacidades, así como los cuidados paliativos, en y desde el propio domicilio de las personas, y para sostener una relación cercana, fluida y permanente con la comunidad. La cercanía tiene una dimensión relacionada a la ausencia de barreras geográficas, que implica: 1) la proximidad física y la facilidad con que las personas se vinculan establemente con el personal de salud, piden sus turnos (citas), son informados e involucrados y son comprendidas sus necesidades particulares sean por edad, género, etnia u otra característica; es decir, que se espera una adaptación del servicio de salud y del equipo de salud a las necesidades específicas de las poblaciones; y 2) la vinculación de los servicios de salud con los diversos actores locales, incluyendo los medios de comunicación. El desafío, es disponer de servicios cercanos a la población. El uso de las tecnologías modernas de la comunicación, la visita domiciliaria, las brigadas o rondas móviles de los equipos de salud en áreas rurales dispersas, el agente o trabajador de salud comunitaria, las alianzas con grupos comunitarios, y muchas otras modalidades, son estrategias para establecer cercanía de los servicios de salud.

¿Qué significa primer nivel de atención resolutivo?

Implica que “resuelve o soluciona” la mayor proporción (se habla de un 80%) de las necesidades de personas y comunidades en el propio hábitat de las personas.

Esto requiere de capacidades humanas y materiales para trabajar con la comunidad promoviendo, fomentando y previniendo, de modo contribuir a espacios dignos y saludables, a fin de que las personas no se enfermen. También implica que a la hora que se presenta la necesidad –sea en horario “hábil” o no, “urgente” o no- hay un equipo de salud con las capacidades y las tecnologías sanitarias disponibles para responder a ésta evitando derivaciones innecesarias. También significa que el primer nivel no “abandona” cuando deriva, sino que participa en la gestión del “caso” hasta que este se soluciona, y también después en el seguimiento permanente, asegurando la continuidad de los cuidados, y participa en la articulación de distintos niveles de especialidad y el propio domicilio de las personas.

El primer nivel, no es puerta de entrada, sino eje ordenador de todo el sistema, y se constituye en la fuente primaria de los sistemas de información para el manejo y gestión de casos (que se ve apoyado por el desarrollo de expedientes electrónicos en red); para seguimiento de procesos asistenciales; gestión de turnos (citaciones) y casos; para sistemas de referencia y retorno; etc. Esto último significa que los servicios de salud se estructuran y organizan –sus recursos humanos, infraestructura y tecnologías- para asegurar un primer nivel capaz de actuar con y para las personas y la comunidad, de modo que desde el propio hábitat de las personas se pueda resolver integralmente los principales problemas de salud, desde la acción inter sectorial, la prevención, los cuidados de largo plazo, asegurando la continuidad de los cuidados; incluye que se tenga un acceso garantizado y libre de barreras, se eviten derivaciones y hospitalizaciones innecesarias y/o que las personas lleguen tardíamente al hospital.

El liderazgo de salud en la acción comunitaria se basa en las capacidades para trabajar, coordinar, articular, dar soporte y aprender de la acción conjunta con los diversos actores comunitarios. Las prácticas al interior de los equipos integran los diversos aspectos de la vida individual y en sociedad, en todo el ciclo vital de las personas. Los roles de cada miembro del equipo tienden a ser más flexibles, a la vez que aumenta la necesidad de especialización en el nivel ambulatorio, se acentúa el abordaje generalista y un mayor gasto de energía en coordinación y cooperación. A mayor necesidad de diversidad y especialización en el trabajo ambulatorio, mayor necesidad de mantener un balance, una mixtura adecuada de cuidados coordinados de forma experta y holística sobre las necesidades de personas y comunidades. Lo anterior nos obliga a repensar continuamente nuestras prácticas en la formación y acción profesional y a adecuar nuestros roles e identidades alrededor de las necesidades de las personas, e implica establecer meca-



nismos de comunicación y cooperación fluida que aseguren a los equipos de salud del nivel ambulatorio, el apoyo continuo de su red en capacitación, tutoría continua y soporte sea presencial o por medios como telemedicina.

Es común que en el discurso se declare al primer nivel como el eje de un sistema centrado en las personas, pero desafortunadamente muchas veces los hechos no lo corroboran. Un primer nivel de atención confiable y resolutivo, requiere de múltiples condiciones humanas y materiales (Tabla 1), que sólo son posibles cuando se conjugan voluntad política, priorización de recursos y presión social sostenidas en el tiempo.

Tabla 1. Condiciones para un primer nivel de atención confiable y resolutivo

El equipo de salud y la comunidad conocen las actividades que debe desarrollar el centro de salud y tienen las capacidades para implementarlas, evaluarlas y ajustarlas de modo dinámico y participativo.

El equipo de salud conoce a su población a cargo; identifica sus necesidades de salud; puede priorizarlas; identifica factores de riesgo; puede geo referenciarlos. Ajusta sus actividades a las necesidades priorizadas.

El centro de salud de primer nivel tiene las capacidades para seguir a las personas, mantener contacto de acuerdo al perfil y estratificación de riesgos y participar protagónicamente en la gestión del proceso asistencial en que éstas están involucradas, de modo asegurar continuidad del cuidado.

El tipo de centro de salud –móvil o estacionario-, su conformación, su disposición espacial y en la geografía, su diseño arquitectónico, su equipamiento, su horario, entre otros aspectos, se adapta al logro de la mayor cercanía física y a generar las mayores facilidades para vincular familias y equipos de salud.

El centro de salud tiene espacios formales de participación de la comunidad y da cuenta pública y periódica del uso de sus recursos así como de sus acciones y resultados.

El centro de salud, su personal, forman parte de la vida comunitaria y participan formal y activamente en los espacios de decisión, interacción e implementación local de toda política, programa o actividad con impacto en la calidad de vida.

Los sistemas de información de la red son diseñados y perfeccionados desde los requerimientos del primer nivel de atención.

Las condiciones de infraestructura; las capacidades humanas y las tecnologías sanitarias son adecuadas para ejecutar las actividades que le corresponden al centro de salud

El financiamiento, el abasto, el mantenimiento y el apoyo continuo de una red, posibilitan el cumplimiento integral de las actividades esperadas y definidas para el centro de salud.

Las actividades de promoción, fomento, prevención, curación y cuidados de largo plazo, combinan distintos saberes e integran a terapeutas, cuidadores y educadores.

Los procesos asistenciales de la red son diseñados, evaluados y mejorados, desde los requerimientos de los centros de salud de primer nivel.

El primer nivel tiene capacidades para realizar vigilancia epidemiológica; y, para generar información precisa, fidedigna y suficiente para la toma de decisiones en salud.

El primer nivel organiza y gestiona sus actividades matricialmente y evita estancos o "programas verticales" que dificulten el trabajo integrado.

El primer nivel tiene capacidades para la resiliencia ante desastres y para ejercer liderazgo ante emergencias.

Fuente: diseño propio



Estructuración y organización de los servicios ambulatorios y de apoyo social

El primer nivel de atención, conformado por equipos de salud interdisciplinarios –EIDS, tiene apoyo de –y contribuye a– una red compuesta por: a) dispositivos o establecimientos ambulatorios de mayor complejidad, que concentran tecnología costo efectiva más sofisticada y personal sanitario de mayor especialización, de modo alcanzar economías de escala y optimizar uso de recursos en diagnóstico y terapéutica. En dichos centros se puede generar consejería para manejo de casos más complejos; procedimientos diagnósticos y terapéuticos tales como imagenología de alta especialización; procedimientos endoscópicos y/o laparoscópicos; cirugía mayor ambulatoria; diálisis, quimioterapias; etc.; b) hospitales de agudo;ⁱ c) establecimientos de internación de rehabilitación o larga estancia; d) dispositivos para manejo comunitario de problemas de salud mental compensados; de personas adultas mayores dependientes; de los cuidados paliativos, etc. (Ver Tabla 2).



i - Se entiende por hospital de agudo a aquel que con la persona internada, produce tratamientos médicos o quirúrgicos, con uso intensivo de capacidades humanas, de tecnologías sanitarias y altos niveles de cuidado en periodos breves de tiempo, dejando que la rehabilitación y los cuidados de largo plazo sean asumidos por otros establecimientos de la red.

Tabla 2. Una estructura para el acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad

Primer nivel de atención	Establecimientos ambulatorios especializados	Hospitales de agudo	Internación de rehabilitación y/o larga estancia	Dispositivos comunitarios	Dispositivos socio sanitarios ⁱⁱ
Equipos de salud Interdisciplinarios. Actividades de Salud Pública. Actividades inter sector y acción sobre determinantes sociales de la salud. Capacidades humanas y tecnológicas para resolver al menos 80% de las necesidades de salud de personas y comunidades. Coordinación de atención domiciliaria. Coordinación con red socio sanitaria. Formación de pre grado de trabajadores de la salud.	Diagnóstico y tratamiento de casos complejos sin internación. Apoyo presencial, tutorial y por telemedicina a nivel de contacto. Apoyo especializado a dispositivos comunitarios de salud mental y de adulto mayor. Apoyo especializado a manejo ambulatorio de casos. Apoyo especializado a red socio sanitaria.	Diagnóstico y tratamiento en casos que requieren internación. Apoyo a nivel ambulatorio en sus áreas de competencia. Apacitación continua presencial, tutorial y por telemedicina a nivel ambulatorio. Gestión compartida de procesos asistenciales. Formación post grado de profesionales y de trabajadores de la salud.	Manejo integral de necesidades de rehabilitación o de cuidados de largo plazo en modo internación. Gestión de interface entre hospital de agudo, comunidad y domicilio. Apoyo especializado a otros establecimientos en sus áreas de competencia.	Manejo en comunidad de problemas de salud mental, de personas con padecimientos crónicos, cuidados paliativos y de largo plazo y de personas con auto valencia disminuida.	Apoyo comunitario a personas con discapacidad y pérdidas de auto valencia, adultos mayores y de toda persona que requiera de cuidador sea por causas físicas, de salud mental o sociales. ⁱⁱⁱ

Fuente: diseño propio

ii - Red socio sanitaria es la estructuración articulada de todos los programas sociales a nivel local, a objetos de generar protección y cuidados a las personas que por diversas razones requieren de asistencia y/o apoyo en su domicilio o en diversos establecimientos especialmente diseñados para la asistencia, la recreación y el compartir.

iii - Causas sociales de necesidad de cuidados se refiere, entre otras, a abandono o a condiciones precarias que dificultan la adhesión a un tratamiento, o hacen riesgosa una reinscripción –luego de una internación– en la comunidad sin apoyo de cuidados.

Mejorar el acceso requiere que junto a otros sectores se logren abatir las diversas barreras que se constituyen en obstáculo para que las personas puedan hacer uso efectivo de los servicios que necesitan, y de que progresivamente el gasto público en la operación del sistema, vaya porcentualmente incrementándose hacia los establecimientos ambulatorios de modo pueda llegar a acercarse a la mitad de dicho gasto, tal como se observa en países desarrollados con fuerte énfasis en la salud comunitaria,^{iv} donde hay un mejor balance entre gasto hospitalario y ambulatorio. Esto requerirá de fuerte voluntad política para que gradualmente los incrementos presupuestales vayan en mayor proporción hacia lo ambulatorio y no hacia lo hospitalario. Junto a un incremento gradual y persistente del gasto público en salud hacia el nivel ambulatorio –para gastos recurrentes e inversión-, será necesario consensuar con todos los sectores que prestan servicios de atención –especialmente con el subsector privado- un modelo de atención compartido, dado a que es muy difícil sostener un nivel ambulatorio confiable y socialmente legitimado si el acceso directo a los especialistas es la vía que culturalmente se instala en el mercado.

La conexión entre el primer nivel de contacto y su red de apoyo, se realiza por estructuras o espacios de gobierno y de gobernanza de red. Estos espacios, tienen capacidades, poder y financiamiento para de modo participativo definir prioridades, re configurar dinámicamente la red (carteras de servicios y capacidad de oferta de los distintos integrantes de ésta) según los procesos asistenciales que se definan en base a las necesidades de salud de personas y comunidades. Es clave no olvidar de configurar capacidad de gobierno corporativo a las redes. Dichos espacios de gobierno deben lograr articulación y balance entre las autoridades sean regionales o estatales con las locales, con las organizaciones de la sociedad civil, involucradas en el territorio y con la población de la red; deben tener capacidad de modular carteras de servicios, de generar cuenta pública, y, de generar incentivos. Los elementos críticos de éxito están expresados en la Tabla 3.



iv - Tendencia que se observa en países tales como España y Canadá.

¿Qué significa red socio sanitaria?

Es la existencia de una red articulada de servicios sociales y de salud realizados por organizaciones no gubernamentales, municipios, sector estatal, etc., dirigidos fundamentalmente a las personas mayores, personas con problemas de salud mental y personas con problemas de salud crónicos que significan diversos grados de pérdida de auto valencia e implican cuidados permanentes en la propia comunidad. La atención socio sanitaria –tal como se le denomina en España- se caracteriza por la aplicación de un modelo de atención social y de salud adaptada, conjuntada, articulada y específica para dar respuesta a las necesidades de los grupos señalados.

Este modelo surge en los países europeos, tiene y continuará teniendo un gran desarrollo en los próximos años, ofrece asistencia a personas con diferentes grados de dependencia, aplicando un modelo asistencial de cuidados prolongados, que desarrolla programas adaptados a la situación global de cada persona según su necesidad y garantiza el acceso a estos servicios a todas las personas que lo precisen, en el lugar adecuado, durante el tiempo necesario y con financiación correspondiente, siendo la autonomía de la persona, el involucramiento comunitario, y la calidad de vida el objetivo primordial de este tipo de actividad.

Tabla 3. Factores críticos de éxito

Equipos inter disciplinarios –EIDS- en primer nivel de atención competentes y bien incentivados, que comparten un relato y una mística centrado en el logro de resultados sanitarios.

Capacidades humanas, tecnologías sanitarias incluido medicamentos e insumos, adecuadas bien abastecidas y mantenidas para cartera de servicios de primer nivel y de los diversos establecimientos en red ambulatorios, con enfoque promocional y capacidad curativa.

Atención continuada -24/7-en los centros de primer nivel.

Establecimientos ambulatorios diagnósticos y terapéuticos de especialidad orientados al apoyo del primer nivel.

Proporción adecuada de camas en hospitales de agudo, de rehabilitación y de cuidados de larga estancia tanto hospitalarios como en domicilio y en espacios comunitarios.

Existencia de dispositivos comunitarios y de red socio sanitaria articulada con primer nivel.

Gobierno y gobernanza de red.

Equilibrio entre porcentaje de gasto público e inversión a nivel ambulatorio con relación al hospitalario.

Formación de pre grado en espacio ambulatorio con enfoque preventivo y comunitario

Modelo de atención compartido con sector prestador privado (colaboración o complementariedad público-privada más que competencia por usuarios y recursos).

Sistema de garantía de la calidad.

Fuente: diseño propio

Para lograr que la **atención ambulatoria sea confiable**, junto con las capacidades humanas y las tecnologías sanitarias adecuadas, es fundamental garantizar la calidad de los servicios de salud. La confianza sólo es posible en la medida en la que un servicio es valorado al ser accesible, resolutivo y respetuoso con la dignidad de las personas. Al confiar, el usuario le da una valoración positiva que contribuye al prestigio social del mismo y que refuerza la disposición a usar el servicio, a ser fiel a las indicaciones y a contribuir con su propia responsabilidad y aporte. Para garantizar la calidad, que es una responsabilidad de la Autoridad Sanitaria, es necesario abarcar al menos los siguientes aspectos: conjuntos de normas básicas, supervisar y monitorear su cumplimiento de forma continua y transparente; sistema de evaluación de tecnologías de salud que fomente el acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros y costo eficaces, así como su utilización científicamente racional; utilizar la metodología científica y de las ciencias de la bioética para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad y tomar decisiones basadas en la evidencia y la ética para asegurar una prestación de servicios equitativa y racional.



Un hospital integrado en redes

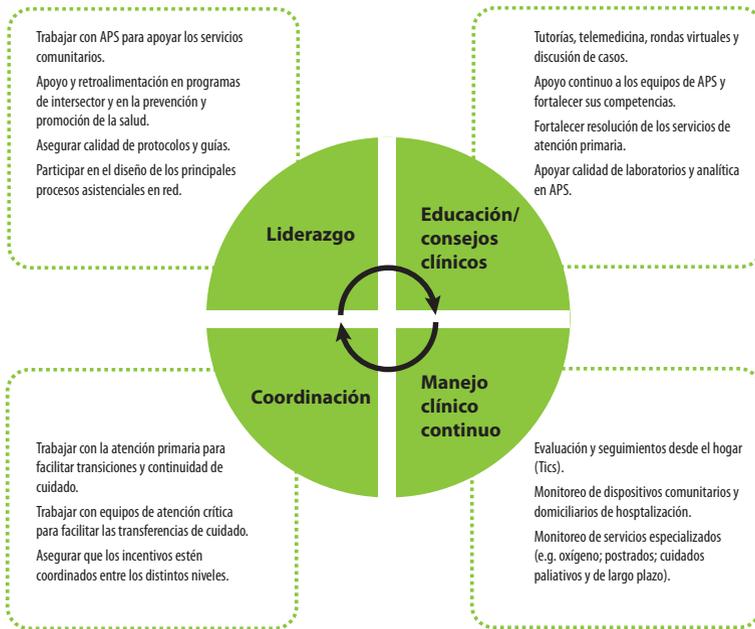


Los hospitales en muchos de los países de América Latina son parte de sistemas fragmentados y segmentados. Son muy diversos, desde pequeños establecimientos de una decena de camas, hasta empresas de la más alta complejidad técnica y organizacional, atienden a segmentos pequeños de la población, son responsables de la mayor proporción del gasto en los sistemas sanitarios,⁶ su actividad es relevante en la economía de los países y también concentran la atención comunicacional de la ciudadanía y la preocupación de los actores políticos. Los problemas que aquejan a los hospitales en la actualidad se agudizarán de no haber modificaciones sistémicas. Por otra parte no será posible implementar redes efectivas sin generar cambios en y desde como diseñamos y realizamos los procesos asistenciales. Dicho de otro modo no vemos posible RISS sin hospitales y no serán sostenibles hospitales sin RISS.⁷

Los hospitales en red, necesitan formas de gobierno y gobernanza que permitan decisiones estratégicas que estén alineadas, sean coherentes y vinculantes para todos los participantes de la red (Tabla 4). El trabajo efectivo en red requerirá menos camas que hoy, las que serán más intensivas en uso de tecnologías y de capacidades humanas y más volcadas a lo ambulatorio (Figura 4). Los hospitales ya no se organizarán por “especialidades”, éstas ya no tendrán propiedad sobre camas, equipos y personal, sino que serán responsables de la agregación del conocimiento, la investigación, la docencia y de participar matricialmente —en red— en los procesos asistenciales en cooperación con los demás profesionales y técnicos que intervienen en los distintos nodos de la red. Se observará un creciente equilibrio entre “especialistas” y profesionales generalistas para asegurar la continuidad de los cuidados intra y extra hospital. El trabajo en equipo y de tipo matricial obligará a que gradualmente desaparezcan las tradicionales direcciones médicas y o de enfermería, para ver aparecer divisiones del cuidado integradas por macro problemas en las cuales habrán alianzas de gestión con el nivel ambulatorio para gestionar casos o procesos. Estas divisiones o estructuras no sólo integrarán el cuidado intra muros sino que progresivamente se

integraran a estructuras en la comunidad. Los límites del hospital con la comunidad se harán más difusos, así como la actual separación entre los niveles de atención. El trabajo integrado, los resultados compartidos y la comunicación de información en tiempo real con socios del sector salud, social y comunitario será la norma. En una gobernanza en red, la evaluación del desempeño y de los impactos a los objetivos de la red, serán quienes induzcan los cambios en la estructura y modelo de gestión de los hospitales (Figura 5), por lo tanto en el cómo los establecimientos se adaptan a las necesidades de personas y comunidades (Tabla 5 y 6).

Figura 4. Apoyo del hospital al primer nivel de atención



Fuente: diseño propio

Figura 5. Elementos para el modelo de gestión de los hospitales en red

Fuente: diseño propio

Tabla 4. Funciones de gobernanza para un funcionamiento hospitalario en red

Ámbito	Red	Hospital
Objetivos	<p>Definir las necesidades de salud de la población a cargo en base a los objetivos sanitarios o conjunto de prestación de servicios de carácter nacional.</p> <p>Definir una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.</p> <p>Evitar clientelismo político en las contrataciones y designaciones.</p> <p>Promover profesionalización de la gerencia en salud.</p>	<p>Traducir objetivos de la red a visión estratégica del establecimiento.</p> <p>Verificar que planes operativos de corto y mediano plazo estén alineados con dicha visión. Evitar captura del hospital por parte de grupos de interés.ⁱ</p>
Clientes / usuarios	<p>Conocer expectativas de los usuarios; Indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación; control social y cuenta pública.</p>	<p>Definir políticas de participación de usuarios e instancias de concertación y participación de personal interno.</p> <p>Definir mecanismos de cuenta pública a usuarios y a la red.</p>

i - Los hospitales pueden ser capturados por intereses muy distintos a los de sus usuarios, tales como los del clientelismo partidista, de los intereses de la industria de medicamentos y tecnologías o de las de corporaciones sean sindicales o profesionales. Los intereses gremiales son totalmente legítimos y necesarios, pero pueden ser un obstáculo cuando se antepone a mejoras en acceso y/o calidad de los servicios. Lo anterior obliga a la profesionalización de la gerencia hospitalaria y a procesos de selección transparentes y basados en perfiles de competencia, y a que en las negociaciones con corporaciones o sindicatos de trabajadores siempre esté al frente el interés superior de los usuarios, de modo que ganancias justas y legítimas de los trabajadores tengan un correlato evidenciable y transparente de aumentos en prestaciones y en calidad de ellas.

Ámbito	Red	Hospital
Procesos	<p>Definir la cartera de servicios de cada establecimiento que pertenezca a la red, sea por propiedad compartida (entidades estatales); o por relación convenida, sea por razones legales o contractuales (centros de salud municipales y/o privados).</p> <p>Construir participativamente rutas críticas o protocolos en red para los principales problemas de salud de personas y comunidades, teniendo al centro el interés y necesidad de las personas.</p> <p>Establecer políticas de red en los ámbitos de inversiones, tecnologías sanitarias y recursos humanos consecuentes con la visión estratégica y las respectivas carteras de servicios.</p>	<p>Ajustar estructura organizacional (unidades de producción) y procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a cartera de servicios requerida por la red.</p> <p>Participar en el diseño de los procesos asistenciales de la red y adaptar su organización y procesos internos al diseño de la red.</p> <p>Aprobar y evaluar planes gerenciales anuales en términos de metas asistenciales y financieras comprometidas con la red.</p>
Desarrollo	<p>Establecer sistemas de información; de referencia y contra referencia; y sistemas de control y retroalimentación.</p> <p>Establecer normas y procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de procesos asistenciales y /o logísticos integrados.</p> <p>Establecer planes de compra –mecanismos de pago- a cada establecimiento; asignaciones e incentivos en base a desempeño y resultados.</p> <p>Participar en los gobiernos corporativos de los hospitales de la red.</p>	<p>Definir políticas y evaluar cumplimiento en los ámbitos de desarrollo de las personas; tecnologías; asignación interna de recursos; posicionamiento institucional e imagen corporativa.</p>

Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios De Salud: El Desafío de los Hospitales”. Chile, OPS, 2011.

Sin duda que una tarea de políticas públicas en salud prioritaria para los próximos años es la instalación de mejores formas de gobierno y de gobernanza en nuestros sistemas que posibiliten redes efectivas, que dado el contexto de cambio continuo y la diversidad de actores ya no puede pensarse nostálgicamente en el antiguo paradigma de la sola integración vertical y los modos autoritarios jerárquicos del pasado.

¿Se necesitan más hospitales?

La tendencia internacional es a menos hospitales tradicionales y a más actividad ambulatoria. Los hospitales de agudo son aquellos que ofrecen internamiento por períodos breves (generalmente cuatro días en niños y 7 a 10 días en adultos) a objeto de estabilizar y disminuir mortalidad o discapacidad evitables con la utilización intensiva de capacidades humanas y de tecnologías sanitarias altamente especializadas y generalmente de alto costo. Los hospitales de crónicos, de rehabilitación o de larga estancia son aquellos que tienen como misión una vez que el “de agudos” estabilizó es de generar la mejor interface entre la internación y el domicilio, entre la incapacidad y la mayor auto valencia posibles.

En Inglaterra el número de camas disponibles ha disminuido de 3,8 por mil habitantes el año 2000 a 2,4 el 2015 y esta tendencia seguirá, dado a que la agregación del conocimiento y el progreso de la tecnología hacen posible que cada vez más actividades diagnósticas y terapéuticas se hagan en espacios ambulatorios.

Tabla 5. Responsabilidades del hospital para con su red

Liderazgo	Coordinación	Gestión del continuo de la atención	Educación continua
<p>Trabajar con atención ambulatoria para apoyar los servicios.</p> <p>Apoyo técnico para programas de intersectorialidad; Retroalimentación clínica en la prevención de enfermedades/ actividades de promoción de la salud.</p> <p>Asegurar calidad de protocolos y guías.</p>	<p>Trabajar con la atención ambulatoria para facilitar transiciones y continuidad de cuidado.</p> <p>Trabajar con equipos de salud mental, de atención domiciliaria, de adulto mayor, etc..</p> <p>Revisar mecanismos de derivación y retorno.</p> <p>Asegurar que los incentivos estén coordinados entre los distintos niveles.</p>	<p>Participación en diseño e implementación de procesos asistenciales en red.</p> <p>Apoyo para evaluaciones y seguimientos desde el hogar (Tecnologías de la información y comunicación –Tics-).</p> <p>Apoyo para monitoreo de dispositivos comunitarios y domiciliarios, de hospitalización de larga estancia.</p> <p>Apoyo monitoreo de servicios especializados (ej. oxígeno domiciliario, ventilación mecánica en domicilio, etc.).</p>	<p>Rondas virtuales y presenciales para discusión de casos.</p> <p>Asesorar sobre cómo dar de alta de forma segura.</p> <p>Apoyar y capacitar a los equipos comunitarios y fortalecer sus habilidades en los problemas de salud más prevalentes.</p> <p>Apoyar y fortalecer los servicios de atención ambulatoria.</p> <p>Investigación y construcción de evidencia en procesos asistenciales en red.</p>

Fuente: diseño propio

Tabla 6. Tendencias del hospital en red del futuro

Los hospitales hoy	Los hospitales del futuro
<p>Trabajan aisladamente, de modo desintegrado al interior del establecimiento (procesos estancos) y con el contexto ambulatorio.</p> <p>No hay gobernanza en red.</p>	<p>Son componentes de redes integradas de servicios de salud que apoyan la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Existen estructuras de gobierno de la red responsables de articular las carteras de servicios y asegurar la continuidad de la atención.</p> <p>Sus trabajadores se sienten parte de una red y comprenden su papel para con una población y territorio.</p>
<p>Privilegian las actividades relacionadas con la internación.</p>	<p>Privilegian realizar actividades y procedimientos de modo ambulatorio, evitando así hospitalizaciones innecesarias.</p>
<p>Organizan sus procesos en torno a la comodidad de sus funcionarios, particularmente de los especialistas quienes ejercen el poder. Hay fuerte tendencia a capturar procesos hospitalarios en base a intereses internos.</p>	<p>Organizan sus actividades –procesos- teniendo como eje medular a las personas y comunidades usuarias.</p>
<p>Presentan altos índices de eventos adversos y de accidentabilidad de sus trabajadores.</p>	<p>Son seguros para sus usuarios y sus trabajadores, y son amigables con el medio ambiente.</p>
<p>Los trabajadores hospitalarios tienen elevados problemas de salud física y mental. El contexto es de tensión y de sobrecarga y hay insuficientes factores protectores.</p>	<p>Se preocupan de la salud, el bienestar y el desarrollo de competencias de sus trabajadores, ya que ellos son su principal recurso.</p>
<p>Se tiene a incluir tecnologías por presión de la industria y sin evaluaciones de costo efectividad previa.</p>	<p>Utilizan sólo tecnología costo efectiva y se basan en la medicina basada en evidencia científica para modificar y perfeccionar sus prácticas.</p>
<p>Importantes pérdidas por mala calidad y desperdicios por uso ineficiente y redundante de los recursos.</p>	<p>Son eficientes en el uso de sus recursos y contienen costos para contribuir a la equidad.</p>



Los hospitales hoy	Los hospitales del futuro
Gestión opaca de los recursos y falta de evaluación de los resultados e impactos.	Incorporan la evaluación y la rendición de cuentas como parte de un ciclo de mejora continua.
El hospital piensa que es el responsable de la red y tiende a dirigirla desde sus paradigmas.	<p>Protocolos y guías clínicas son co-construcciones participativas entre distintos actores de la red.</p> <p>Los sistemas de información se construyen desde el nivel ambulatorio.</p> <p>Los sistemas de referencia y retorno se diseñan, evalúan y mejoran en red.</p>
El hospital tiene un modelo de gestión vertical y autoritario.	Se horizontaliza la toma de decisiones y se generan mejores “contratos” entre los equipos clínicos y la red. La gestión clínica involucra y compromete a todos.
El hospital se organiza en base a las especialidades.	<p>Se organiza por procesos principales según las necesidades de los usuarios (objetivos sanitarios –el “qué hacer” o encargo de la red-).</p> <p>Hay creciente balance entre especialistas y generalistas.</p>
El hospital se financia de modo histórico.	El hospital se financia con una mezcla de mecanismos de pago que reconocen sus costos fijos, su complejidad, su productividad y que premian su desempeño y sus aportes a la red.
El hospital tiene escasa profesionalización de su gerencia. Hay captura externa (clientelismo político) e interna (intereses corporativos).	El hospital tiene una gerencia profesional y estable. Se promueve la el desarrollo por méritos, y la gestión es compartida por todos sus trabajadores, superando estancos entre el mundo clínico y de la administración logística o de soporte.

Fuente: diseño propio



Personas para la salud universal y el trabajo en red

Un nuevo concepto de personas, talento y capacidades para la salud ha estado en los debates de las últimas décadas ^{8, 9, 10, 11, 12, 13, 14} en la construcción de una agenda regional post 2015 de cara al 2030, la cual requiere marcar una ruptura con el concepto tradicional de “recurso”, y proponer en cambio el término de “personas para la salud” que reconoce una noción de potencialidad para actuar, y de intencionalidad en la acción. La expresión “personas para la salud” comunica la idea de capacidad para innovar, aprender y transformar la realidad, así como reconoce la autonomía relativa del personal de salud en el proceso de trabajo. Personas para la salud, parece un concepto más apropiado para un nuevo modelo de gobernanza y de gestión del cambio.

En los Equipos Inter disciplinarios de Salud –EIDS–, las competencias del “curar” se deben integrar gradualmente al “cuidado”, superando los estancos de los roles profesionales estáticos, pasando –cada vez más– el cuidado a ser el elemento conductor de todo el quehacer del equipo, conjuntando aspectos psíquicos, físicos y sociales, en todo el ciclo vital de las personas, así como distintos profesionales pueden compartir responsabilidades en el diagnóstico, la terapéutica y en la prescripción en casos específicos y de acuerdo a guías y protocolos concordados. Una nueva visión del cuidado más abarcadora e integradora, que entrega poder y capacidades a personas y equipos comunitarios, requiere de equipos inter disciplinarios que tengan competencias y recursos para compartir la responsabilidad del cuidar y el curar con las propias personas y comunidades. Se deben seguir generando capacidades para que el cuidado se pueda proveer cada vez más cerca del hogar y/o hábitat de las personas de manera profesional, con el apoyo de las tecnologías, del asesoramiento experto del equipo de salud y el apoyo de redes socio sanitarias, especialmente en el caso de personas con condiciones crónicas o de largo plazo. El cuidado



como una capacidad humana en la salud comunitaria, debe ser un trabajo socialmente valorado y bien remunerado, no un “deber” que se le asigna a la mujer.¹

Se requiere modificar los servicios para dar respuesta desde el primer nivel a la mayor parte de las nuevas problemáticas de salud e incorporar los nuevos conocimientos y tecnologías que posibilitan su abordaje. Para fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel, será necesaria la transferencia gradual y sostenida de capacidades de diagnóstico y tratamiento que antes sólo se hacían en niveles más especializados. Esto implica ampliar en calidad y cantidad los equipos humanos, así como en transformar las competencias profesionales calificando al máximo las profesiones de la salud con orientación familiar y comunitaria para que sean capaces de aumentar la resolutoriedad con cercanía y calidad.



Los papeles de cada miembro del equipo tienden por tanto a ser más flexibles y al mismo tiempo que continuará aumentando la necesidad de especialización, crecerá la necesidad de contar con generalistas y con mayores capacidades para la cooperación y para mantener un balance de experticia y mirada sistémica e integrativa en los cuidados de personas y comunidades usuarias. La implementación exitosa de EIDS requiere de problematizar y resolver cuestiones relacionadas con la identidad, del poder, estatus y roles que tradicionalmente tienen las profesiones de la salud y de cómo ellas pueden adaptarse dinámica y flexiblemente a los requerimientos organizacionales para responder de manera efectiva a las necesidades de salud. En las cuestiones anteriores juegan construcciones sociales relacionadas con prestigio, género y poder que son relevantes de gestionar, junto a otros aspectos esenciales como liderazgo, capacidades asociativas y de aprendizaje, a objeto de constituir equipos que se adecuan y responden con altos desempeños. Por lo anterior, la definición y reglamentación de perfiles y responsabilidades profesionales, debe alinearse a mejorar la capacidad de los EIDS ante las necesidades de salud de personas y comunidades, comprendiendo que ello requiere de la generación de espacios de diálogo que contribuyan a superar resistencias y el estatus quo. Es esencial que la formación del pregrado se realice fue-

i - Normalmente la responsabilidad de “cuidador” recae en la mujer, infringiéndole una doble o triple presencia, incluso a que deba renunciar a trabajar o a desarrollarse personalmente.

ra de los establecimientos hospitalarios, en los dispositivos ambulatorios y con plena inserción en comunidades y territorios.

Dado a que los usuarios de los sistemas de salud comienzan a tener mayor conciencia sobre sus derechos sociales -como la materialización del derecho a la salud- quieren ejercer de manera creciente su autonomía, ser protagonistas sobre lo que sucede sobre su propio cuerpo y sobre las acciones colectivas, y poseen una mayor y creciente información sobre los problemas y soluciones en el ámbito de la salud tanto personal como comunitaria, los equipos de salud compuestos por profesionales y técnicos que basan sus vínculos en la confianza y el respeto, requieren de nuevas y distintas competencias para hacer equipos, vincularse con personas, con comunidades y actuar inter sectorialmente, reconociendo diversos entornos, articulando múltiples miradas y disciplinas, utilizando flexiblemente tecnologías de la información y de la comunicación. Competencias para irse constituyendo gradualmente en una suerte de asesor experto de las decisiones que toman las propias personas y comunidades sobre aspectos relacionados con la salud; y en un consejero y acompañante en las decisiones y conductas que pasará a liderar e implementar la propia comunidad y el propio sujeto sobre sí mismo. La asesoría y apoyo que presta el equipo de salud es cada vez más compasiva, empática y horizontal con comunidades e individuos y tiende de modo creciente a entregar responsabilidad a personas y colectivos.

Lo anterior requerirá fortalecer la rectoría sobre las instituciones formadoras para alinear currículo al perfil de profesionales que el país requiere. Será esencial también, que las universidades tengan un currículo inicial común con muchas unidades de aprendizaje compartidos para las distintas profesiones. El equipo de salud se forma desde un inicio. Las competencias que se entregaran en el pregrado fundamentalmente serán habilidades para comprender los contextos, poder aprender permanentemente y ser agentes transformadores de sí mismo, sus medios laborales y de las comunidades donde se desempeñen. El pregrado se realizará en medios ambulatorios, con mucha interacción con la sociedad, lejos de la alta complejidad y de las patologías infrecuentes.

El contar con equipos humanos suficientes, bien distribuidos, competentes, motivados y haciendo lo correcto en los sistemas de salud, requiere de políticas públicas en la formación, mercado de trabajo y gestión del recurso humano (Tabla 7), coherentes con las necesidades de salud de personas y comunidades. Dado a que dichas políticas no pueden ser implementadas exclusivamente por el sector salud, es indispensable el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza por parte del Estado, lo que obliga a un labor conjunta de salud, trabajo y educación y capacidad efectiva de regular y alinear a las instituciones formadoras y al mercado de trabajo a los requerimientos para el acceso y cobertura universal a la salud.

La diversidad de formas contractuales del personal sanitario en la Argentina, puede verse como una oportunidad, en la medida que futuras negociaciones avancen hacia homologar “carreras sanitarias” y que estas logren un mejor balance entre integración, desempeño, satisfacción usuaria y calidad de vida de quienes prestan los servicios.

¿La argentina tiene suficiente EQUIPO humano para la salud?

Empezando por las fortalezas, la Argentina tiene 3.8 médicos por cada mil habitantes, lo que es muy superior a lo de otros países de América latina y completamente similar a la de los países más desarrollados del mundo. Existe un tercio de profesionales de la salud que no son médicos ni enfermeros y un número no desdeñable de técnicos y auxiliares. Así también tiene 21 facultades de medicina públicas y 24 privadas que ofrecen una muy buena formación “técnico-científica”.

El desafío y oportunidades de la Argentina guarda relación con –al menos– los siguientes aspectos:

Los médicos están concentrados en CABA y las provincias con más recursos, no habiendo una debida y equitativa distribución. Lo mismo sucede con la atracción que hoy representa para los médicos realizar una especialidad (más por razones de mercado que de planeación sanitaria) y trabajar en un hospital “de alta complejidad” y no en el primer nivel de atención.

La relación médicos por enfermeras está muy desbalanceada siendo de 0,56 enfermeras (licenciadas y técnicos –excluyendo auxiliares de enfermería) por médico, lo que de alguna manera traduce que los equipos de salud no son lo suficientemente inter disciplinarios.

Existen múltiples y heterogéneos regímenes laborales (obras sociales, ministerios provinciales, municipios, etc.), lo que favorece la “competencia desleal” por el recurso humano entre unos y otros.

Se pierde parte de la riqueza de contar con tantas instituciones formadoras cuando no se cuenta con una institucionalidad efectivamente rectora que de gobernanza salud-educación y mercado del trabajo, tras objetivos compartidos que pongan por delante las necesidades de salud de personas y comunidades.

El papel de otros profesionales –no médicos y enfermeras– puede potenciarse mucho más en el fortalecimiento de un primer nivel de atención más accesible, resolutivo y de calidad.

Los centros de primer nivel de atención (CAPS, CESAC's o SAMCos en la Argentina) poseen en la actualidad una trayectoria que vale la pena destacar. Fueron creados para implementar los principios de un modelo de atención basado en la estrategia de la atención primaria de la salud y se han sostenido tratando de ser coherentes con ese modelo, aun navegando con dificultades en sistemas -muchas de las veces- basados en el paradigma contrario. Muchos de ellos han podido construir con la comunidad un contrato de cuidado mutuo, valorando ambos, los beneficios de sostener este espacio de producción de salud y bienestar. Ciertamente es que este camino ha tenido muchas dificultades y no todas estas instituciones encontraron el modo de ampliar una estrategia de salud comunitaria de calidad. Los resultados en este sentido son variables y diversos. La Tabla 7, presenta simplificada –de modo polar- las dos modalidades principales que se han presentado en la literatura, aun cuando podemos advertir que gran parte de nuestros centros de salud pueden ubicarse en diferentes puntos intermedios.

Tabla 7. Gestión del talento humano para transformación de los sistemas hacia salud universal

	Gestión tradicional	Gestión para el aprendizaje y la transformación de los sistemas para salud universal.
Concepción	Fuerza de trabajo no protagonista. Un "recurso" productivo más.	"Capacidad" esencial o primordial. Factor estratégico determinante de la innovación y calidad del servicio.
Política	Débil capacidad de identificar necesidades de recursos humanos y de planificar y regular formación, distribución y mecanismos para incentivar recurso humano en sistemas basados en APS.	Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza, acción conjunta de sectores salud, trabajo y educación. Formación y mercado de trabajo regulado y alineado con estrategia de salud universal.

	Gestión tradicional	Gestión para el aprendizaje y la transformación de los sistemas para salud universal.
Educación	<p>Definida por el mercado. No sistemática ni relacionada con necesidades de salud de personas y comunidades.</p> <p>Se desarrolla en el hospital.</p> <p>Formación “estanco” según profesiones.</p>	<p>Definida por políticas públicas.</p> <p>Relacionada con planificación sanitaria para ajustar a necesidades de salud de las poblaciones presentes y futuras. Sistemática y continua.</p> <p>Se desarrolla en toda la red, campus clínicos esencialmente ambulatorios, el pregrado se desplaza hacia el primer nivel de atención y la comunidad. Formación tiende a la integración de equipos desde el inicio con currículos compartidos.</p>
Sistemas de selección y reclutamiento	<p>Criterios generales y burocráticos.</p> <p>Cientelismo político.</p>	<p>Según perfiles de competencia profesionales y humanas acordes con las necesidades productivas y de trabajo en equipo.</p>
Condiciones de trabajo	<p>Salarios poco competitivos, especialmente en primer nivel de atención.</p> <p>Heterogeneidad de regímenes laborales.</p> <p>Ausencia de incentivos asociados al desempeño y a resultados de los equipos.</p> <p>Poca atención a clima laboral y salud del trabajador.</p> <p>Gestión del personal autoritaria y vertical.</p> <p>Escaso diálogo entre trabajadores y usuarios.</p> <p>Presencia de importantes niveles de violencia, acoso y mal trato. Alta conflictividad laboral.</p> <p>Espacios organizacionales en que el tono emocional predominante es de resentimiento, resignación, intolerancia y falta de confianza.</p>	<p>Salarios que incentivan el trabajo en el primer nivel de atención, el desempeño y la calidad de la atención.</p> <p>Sistemas de “carrera funcionario” más homogéneos y basados en el mérito, el aprendizaje y la calidad.</p> <p>Atención estratégica al clima organizacional y a espacios saludables.</p> <p>Gestión del personal centrado en contextos para el aprendizaje, el cambio y el desarrollo integral de los trabajadores.</p> <p>Diálogo permanente entre trabajadores y usuarios. Sistemas de solución de controversias y de manejo de conflictos.</p> <p>Espacios organizacionales en que el tono emocional predominante es de confianza, respeto y positividad.</p>

	Gestión tradicional	Gestión para el aprendizaje y la transformación de los sistemas para salud universal.
Estilo de gestión	Burocrática y jerárquica. Intuitiva o <i>"amateur"</i> . Escasa atención a ámbitos como trabajo en equipo, participación social, interculturalidad y género.	Liderazgo participativo y profesional, con alta sensibilidad a necesidades de las personas que trabajan en salud y a quienes reciben los servicios.
Prácticas predominantes	<p>Prácticas estáticas según usos y costumbres tradicionales, medicalizadas y centradas en el hospital.</p> <p>Débil papel de las profesiones no médicas, concepto de "equipo" es más bien declarativo que real. Pobre reconocimiento y rol institucional de enfermeras y obstétricas. Escasa participación y poder de comunidad y de los usuarios. Divorcio entre "curar" y "cuidar", entre clínica y administración, entre acciones sobre la población ("salud pública") y sobre las personas. Trabajo en "estancos" o feudos al interior de los establecimientos de salud y entre estos.</p>	<p>Prácticas en constante revisión por aprendizaje para mejora continua. Prácticas centradas en la estrategia de APS.</p> <p>Papel creciente, flexible y de alto reconocimiento a todas las profesiones. Equipos inter disciplinarios reales, en que el liderazgo y los roles se reparten según las necesidades de personas y comunidades. Usuarios y comunidades empoderadas con alto nivel de autonomía y participación.</p> <p>Procesos sobre poblaciones y personas, clínicos y de los cuidados integrados. Redes efectivas basadas en vinculaciones para la colaboración.</p>
Contextos para la mejora	<p>Sistemas de información poco desarrollados y heterogéneos. Mecanismos e institucionalidad para la regulación de la calidad débiles.</p> <p>"Carreras funcionarias" no vinculadas al aprendizaje y a la mejora y mecanismos de pago no vinculados al desempeño y a la calidad.</p>	<p>Sistemas de información integrados y útiles para la toma de decisiones.</p> <p>Capacidades institucionales para diseñar políticas de calidad, regularlas y acompañar su instalación.</p> <p>"Carreras funcionarias" altamente motivantes del aprendizaje y la mejora, junto a mecanismos de pago a establecimientos y equipos vinculados con desempeño y calidad.</p>



Una gestión de la calidad para la transformación de los sistemas hacia salud universal

La calidad debe verse de modo sistémico y atravesar todo el quehacer macro, meso y micro en salud. No hay calidad en la prestación, sino hay calidad en la rectoría, en un financiamiento gastado con eficiencia, en una efectiva acción intersectorial para actuar sobre los determinantes sociales, en una prestación estructurada en redes de cooperación y organizada en base a la estrategia de la APS, y finalmente en una cultura de estar siempre aprendiendo e innovando de modo que nuestras prácticas siempre sean mejores.

Esta visión de la calidad, implica un esfuerzo sistémico de reforma continua en los ámbitos de: marcos legales y diseños institucionales para conducir y alinear a todos los actores tras metas comunes y garantizar a los ciudadanos el cumplimiento de ciertos estándares, normas o políticas de manera homogénea y transparente para todos; financiamiento que esté alineado con los objetivos y políticas de salud de manera que se generen incentivos para la consecución de metas e impactos esperados con la mayor eficiencia y transparencia; organización de la prestación de servicios a objeto de lograr la mayor efectividad y satisfacción usuaria posible; diseño y aplicación de sistemas de evaluación –disponibles para los equipos de salud y los usuarios– que permitan observar y monitorear el desempeño del sistema y de las competencias para la acción y el cambio que se traduzcan en mejoras verificables.

Desde la calidad, mirada sistémicamente, la implementación de la mejora continua en la prestación de los servicios, implicará transformaciones graduales pero sustantivas, en el ámbito del diseño e implementación de las políticas públicas, en la acción sobre los determinantes sociales, en el financiamiento y la gobernanza de los sistemas de salud y evidentemente requerirá también de importantes cambios en el modo de prestar los servicios para personas y comunidades. Dichas transformaciones redundarán o no en una mayor legitimidad y valoración social, en tanto y cuanto se basen en prácticas que se perciban “correctas” por la ciudadanía. Esta percepción

se construye socialmente en torno a aspectos cuantitativos con respecto a impacto y ganancia en bienestar –la mayor salud posible- objetivables, pero por sobre todo se construye a través de aspectos cualitativos tanto a nivel macro -como participación y diálogo con que fueron diseñadas y ejecutadas las políticas sobre la prestación de servicios, la eficacia en cómo fueron comunicadas y en las posiciones asumidas por distintos incumbentes; como aspectos meso relacionados con el nivel de participación y cuenta pública hacia la comunidad y micro como trato digno, informado y seguro en la atención, entre otros aspectos de orden más bien subjetivo. La buena valoración de los sistemas de salud determinan su sostenibilidad, ello, junto al deber ético de ofrecer servicios de atención seguros y el evitar diferencias injustas en el tipo de intervenciones que reciben distintos grupos de personas y comunidades, obligan a concebir una mirada holística o sistémica de la calidad. Entendiendo a esta última entonces como la traducción de las prácticas macro, meso y micro de los sistemas de salud en valoración pública.

¿La calidad es posible?

La Calidad es posible y primordial, sino estamos involucrados con una filosofía permanente de cuestionarnos el estatus quo y de revisar y mejorar constantemente nuestras prácticas... quizás mejor no hacer... que hacer mal.

Una nota de prensa señala "En 1973 los médicos en Israel hicieron una huelga que duró un mes y durante ese tiempo, la mortalidad bajó en un 50 por ciento. Un par de años después, un paro de dos meses hecho por médicos en Bogotá Colombia dejó una reducción de un 35 por ciento en muertes. Y durante una reducción de trabajo hecha por médicos en Los Ángeles protestando contra un fuerte incremento en las primas por seguros de responsabilidad, el número de muertes bajó en un 18 por ciento". Un artículo de Jena y colaboradores publicado recientemente en JAMA Internal Medicine concluye que en los EEUU los pacientes con fracaso o paro cardíaco hospitalizado en hospitales clínicos tenían una menor mortalidad a treinta días si el ingreso se producía en las fechas de los congresos nacionales de la especialidad. Más allá de lo anecdótico y lo controversial, el hecho de que millones de personas –que vienen a pedir ayuda- mueren producto de eventos adversos evitables.

Por tanto la calidad es un imperativo ético... y no necesariamente implica más dinero (lo que nunca viene de mal), sino básicamente con una actitud encarnada en el colectivo de quienes trabajamos en salud de que NO hay excusa para no hacer las cosas bien y a la primera.

La calidad no sólo tiene distintas dimensiones sino también órdenes o niveles en que la calidad debe ser comprendida, lo que implica que se requieran múltiples estrategias que deben ser aplicadas gradual y simultáneamente, dado a que miradas reduccionistas de la calidad que ponen foco sólo en algunos aspectos de ésta, por importantes que sean, no lograrán el impacto en valoración pública que necesitan nuestros sistemas de salud para sostenerse. La sostenibilidad no implica estatus quo, sino por lo contrario obliga a grandes transformaciones en línea con la estrategia para el avance hacia la cobertura y el acceso universal en salud. La mejora de los sistemas, desde el punto de la calidad, entonces es la consecuencia, socialmente valorada, de la suma de múltiples acciones ejecutadas en el corto, mediano y largo plazo de modo coherente y sinérgico a todos los niveles macro, meso y micro del quehacer del sistema: Desde el diseño de las políticas, a la cultura de los establecimientos de salud, del modo integrador en que se desempeñan las funciones esenciales de salud pública y el trabajo intersectorial sobre determinantes sociales, al lavado de manos.

La Argentina, así como todos los países de las Américas, tiene el desafío de que los logros de universalidad en acceso efectivo lo sean con calidad homogénea. Para ello, desde la lógica de que a igualdad de derechos en salud, debe haber igualdad de normatividad en el ámbito de la calidad y competencias efectivas para acompañar la adaptación de los prestadores y fiscalizar el cumplimiento. También aparece como esencial, en la transformación de los sistemas de salud, que se desarrollen y fortalezcan entidades o agencias que desde cierto nivel de independencia de la prestación pueda dar garantía a los ciudadanos de que elementos esenciales de evaluación de las políticas públicas, de la calidad del gasto, de la habilitación o licenciamiento, de seguridad de procesos e idealmente de algunos resultados críticos están debidamente resguardados en la prestación de los servicios de atención. En estos aspectos son relevantes, por destacar alguno apoyar al desarrollo de competencias al menos: para evaluar impacto y legitimidad social de las políticas públicas en salud; para regular que la puesta en marcha de las instituciones prestadoras de servicios de salud cumple con condiciones estructurales y de recursos que contribuyen a la seguridad en la atención. Estos procesos de habilitación, licenciamiento o autorización suelen tener vigencia por un número determinado de años siendo obligación actualizarlos para la continuidad de la prestación del servicio; para regular los perfiles, competencias y distribución del recurso humano en salud; para regular a las tecnologías sanitarias implicadas en los procesos asistenciales tanto en su costo efectividad como en su seguridad; para regular la seguridad de los procesos del establecimiento a través del monitoreo permanente de eventos adversos y de la gestión de los riesgos, y de la verificación continua de las competencias esenciales de la organización en liderazgo y planeación estratégica; gerencia de procesos asistenciales, administrativos y finan-

cieros; desarrollo de los recursos humanos; y de los sistemas de información. Para esto es clave apoyar procesos de cambio de cultura organizacional, para regular los resultados en salud y la contribución de los establecimientos de salud a los objetivos de las redes integradas y de las políticas públicas.

La garantía de calidad de los servicios de salud tanto en la Argentina como en todos los países de la región, plantea grandes dificultades, tanto para las autoridades de salud como para los demás actores del sector. La tarea en el ámbito de la calidad no tiene fin, dado que el comienzo es asegurar estándares esenciales a toda la población sin diferencia alguna. Estándares que deben ir siendo gradualmente más y más exigentes, por lo que el final de las tareas no se alcanza nunca, ya que guarda relación con asegurar el pleno derecho al máximo nivel de calidad de vida y ello nos exige de cada día un nuevo y superior afán.

La gerencia de las instituciones que prestan servicios en salud deben tener una sola orientación: contribuir del modo más seguro, confiable y satisfactorio para personas y comunidades, a los mayores resultados en salud posibles con los recursos disponibles. Lo señalado no se logra por imposición, sino a través de un diálogo permanente con una comunidad activa y con los trabajadores de la salud, lo que implica capacidad para conocer y modificar las prácticas.

Lo que define el modo de hacer las cosas o nuestras prácticas es la cultura de una organización que es el conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes que configuran las prácticas. Entre los elementos que conforman la cultura están los juicios, mitos, ritos, los héroes y los usos y costumbres en torno a cómo vincularse, aprender e interdepender por medio del lenguaje. Entonces, para cambiar las prácticas hay que modificar la cultura y esto sólo surge del aprendizaje.¹⁵ Lo anterior implica que el máximo de la energía de nuestra gestión de calidad debe estar enfocada a generar inquietud por aprender. Si los trabajadores de la salud piensan que “lo saben todo” que “lo que siempre se hace es lo correcto” no habrá forma de modificar nuestras prácticas. Lo anterior implica un estilo de gestión orientada al aprendizaje y la innovación (Tabla 8).

Tabla 8. Una gestión para la calidad

Aspectos esenciales para la calidad del modelo de atención y de gestión	Estilo de gestión para la calidad
<p>Los establecimientos de salud y sus trabajadores participan en la definición de sus metas de producción y conocen sus metas de calidad en procesos y resultados. El establecimiento cuenta con los recursos humanos y materiales para dicha producción en términos de calidad concertada.</p>	<p>Una gerencia implicada en la conducción del cambio permanente. No puede el ámbito de la calidad estar relegado a una “unidad, departamento o comité”, sino todos los líderes formales e informales deben estar involucrados. Los comités de calidad son una estrategia de la dirección de los centros para involucrar a todo el personal en el diseño de, implementación y evaluación de objetivos y metas.</p>
<p>Los establecimientos se someten periódicamente a procesos de evaluación externa para evaluar el cumplimiento de estándares y normas de calidad. Sus resultados son conocidos por trabajadores y usuarios. Los éxitos se celebran.</p>	<p>Las experiencias de error y riesgo son valoradas y el aprendizaje del yerro se reconoce y valora. Una mirada punitiva sólo logra que se oculte lo que debe estar visible y ser fuente de mejora.</p>
<p>El establecimiento ajusta permanentemente su estructura, recursos y modelo de gestión a objeto de orientar su quehacer hacia resolver las necesidades de personas comunidades (centrado en las personas) y de cumplir metas pactadas.</p>	<p>Se estimula el perfeccionamiento continuo y se posibilita y facilita la investigación aplicada y la ganancia de conocimiento.</p>
<p>El establecimiento tiene competencias para planificar, implementar y evaluar estratégicamente objetivos y metas; competencias para ejercer liderazgo participativo en todos sus niveles; para gestionar el talento de su personal; y para promover la participación activa de sus trabajadores y usuarios en la mejora continua.</p>	<p>Se promueve la escucha, las instancias participativas para el diálogo y la discusión sobre casos-problema y la búsqueda colectiva de soluciones, así como el liderazgo participativo y la conducción colegiada de procesos integrados.</p>
<p>El establecimiento utiliza progresivamente tecnologías sanitarias, particularmente medicamentos regulados por agencias especializadas y los incorpora a sus procesos asistenciales en el marco de guías y protocolos costo efectivos y seguros.</p>	<p>Se fomenta la actitud innovadora, el reconocer las buenas prácticas y el identificar lo que funciona, el cooperar entre personas y unidades y el escuchar al usuario.</p>

Aspectos esenciales para la calidad del modelo de atención y de gestión	Estilo de gestión para la calidad
<p>El establecimiento forma parte de una red, donde el financiamiento y los recursos están dispuestos alineadamente con las políticas de calidad, y donde los procesos asistenciales son revisados continuamente por la red en su conjunto.</p>	<p>Se privilegian las actitudes positivas versus a las que descalifican o discriminan, se incentivan las actitudes de respeto y el cumplimiento responsable e impecable de lo convenido.</p>
<p>El establecimiento participa de un sistema formal de garantía de la calidad, cuenta con información fidedigna, contribuye con buenas prácticas, aprende de otras experiencias y da cuenta pública de su gestión y resultados.</p>	<p>Se valora la incorporación de otras disciplinas y de otras miradas para el enfrentamiento de nuevos desafíos.</p>
<p>El sistema de garantía de la calidad implica un proceso gradual de exigencias que conlleva capacidades similares para acompañar e instalar competencias (más exijo, más acompañamiento y más apoyo a que dichas exigencias sean posibles).</p>	<p>Se comprende, por parte de la gerencia que el clima organizacional y calidad de vida en el trabajo es esencial para posibilitar los cambios.</p>

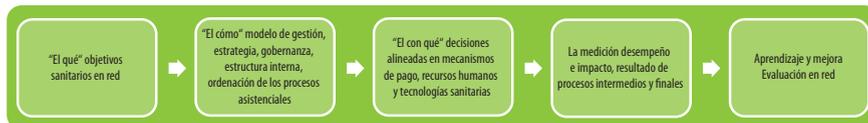
Establecer una cultura de la calidad en los establecimientos de salud sólo se puede hacer con y para las personas, lo que obliga a diseñar instancias formales para un diálogo permanente con los trabajadores y usuarios. Al final, la prueba última de la calidad de un servicio está en el orgullo que tiene un trabajador de la salud de pertenecer a una institución y en el reconocimiento o valoración que el usuario hace de ésta. Para generar entonces una cultura de la calidad, hay que vivir la calidad en la organización, esto es pensar, planificar, gestionar, controlar y garantizar la calidad en los establecimientos de salud.



Alineando el financiamiento y a las tecnologías sanitarias a un modelo de atención basado en la APS

Lo primero siempre será tener claro los objetivos en salud –cuáles son las necesidades de personas y comunidades- en un territorio determinado. Desde allí, es necesario que la planificación financiera incluya consideraciones de corto, mediano y largo plazo y defina aspectos relacionados no sólo con la producción, sino que también con la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, de modo que este en sintonía con las necesidades sanitarias de la población (ver Figura 6 y Tabla 9).

Figura 6. Alineando financiamiento y tecnologías a necesidades de salud



Fuente: diseño propio.

Tabla 9. Gestión en diez pasos desde la planeación sanitaria

Paso 1	Establecimiento de fines y objetivos.
Paso 2	Estimación de necesidades y de demanda de servicios. Información para la toma de decisiones.
Paso 3	Priorización y balance entre necesidades y recursos disponibles. Reingeniería de recursos dentro de la red.
Paso 4	Construcción de procesos asistenciales principales en red y definición de cartera de servicio (tipo y número de prestaciones) por establecimiento de la red.
Paso 5	Asignación de recursos de acuerdo a cartera de servicios.

Paso 6	Alineación de <i>inputs</i> para la producción (abasto de medicamentos; mantenimiento y renovación de tecnologías; gestión de las personas).
Paso 7	Control de funcionamiento y calidad de la producción. Información para la toma de decisiones.
Paso 8	Evaluación.
Paso 9	Corrección de resultado negativo o refuerzo de resultado positivo.
Paso 10	Rendición de cuentas a la comunidad usuaria de la red.

Fuente: Diseño propio

Uno de los principales desafíos que tenemos en materia de financiamiento en salud es que se pueda alinear con objetivos sanitarios precisos, costeados y por tanto viables desde el punto de vista del financiamiento; con un modelo de atención que tenga como eje a la estrategia de APS, lo que debe traducirse en una proporción consistente y creciente del gasto en salud hacia el nivel ambulatorio; con la introducción gradual de asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que traspasen equilibradamente el riesgo a los prestadores; con el hecho de favorecer que los centros de salud conozcan y otorguen las atenciones y prestaciones que la red le demande en base a las necesidades priorizadas de la población (cartera de servicios), con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir actividades costo efectivas por efecto de una asignación de recursos insuficiente.

Los incentivos en la Red deben estar puestos para que cada dispositivo sanitario haga lo que tiene que hacer. Así cada establecimiento, debe contar con los recursos requeridos para intervenir de manera eficiente en cada proceso o flujo definido por la Red.

Lo esencial es que la Red pueda disponer de parte importante y creciente de los recursos para la atención de primer nivel. Los hospitales aunque atienden a un pequeño segmento de la población consumen el grueso de los recursos de los servicios de salud, convirtiéndose en la práctica en un serio obstáculo para un enfoque centrado en lo ambulatorio y comunitario. Es por ello que es importante que los hospitales desarrollen contención del gasto, de modo no llevarse todos los incrementos presupuestales y con ello frenar el aumento de la resolutivez del primer nivel de atención (el clásico círculo vicioso es: hospitales sobre demandados por debilidad del primer nivel de atención que aumentan año a año su nivel de gasto y esta presión inflacionaria a su vez inhibe el desarrollo del primer nivel de atención, único medio que permitiría disminuir presión sobre el hospital).

Es importante tender gradual pero decididamente a la eliminación de todo pago de bolsillo de los usuarios (generalmente por exámenes de laboratorio o me-

dicamentos esenciales que el centro de salud no dispone), ya que en la práctica se constituyen en potentes barreras, especialmente a las poblaciones vulnerables que más necesitan de los servicios.

Así como para las redes la experiencia internacional señala la ventaja del pago capitativo ajustado por el riesgo de la población (ruralidad, pobreza, perfil demográfico, etc.), en el caso de los hospitales se deben intentar gradualmente desarrollar nuevos mecanismos de financiamiento, que junto a dar sostenibilidad a los hospitales, efectivamente colaboren en un contexto de sistemas integrados. El financiamiento de los hospitales debe estar alineado en favorecer que éstos otorguen las atenciones –tipo y cantidad- de la complejidad y calidad que la Red le demande en base a las necesidades priorizadas de la población (cartera de servicios). En ese sentido los presupuestos históricos han demostrado que incentivan un bajo desempeño, así como el pago por acto una sobre producción sin base sanitaria. La experiencia señala que el ideal es diseñar una buena mezcla de sistemas de pagos que se base en transferencias prospectivas en base a resultados comprometidos, productividad y complejidad (los grupos relacionados de diagnóstico están probando ser muy útiles para ello).

Un hecho determinante es que las políticas de asignación de recursos y los incentivos generados, hagan llegar a los equipos de salud las señales adecuadas y faciliten se produzcan los cambios y adaptaciones requeridas. Para lo anterior es clave que las políticas de asignación sean el producto de una negociación continua “arriba-abajo” y “abajo-arriba”, de manera que las peticiones de la autoridad (objetivos sanitarios) se encuentren con las peticiones de los equipos (recursos para hacer bien lo que saben hacer) y de allí surjan compromisos respetados por las partes y que tengan como pivote común la necesidad del usuario de los sistemas de salud. Estas negociaciones deben traducirse en contratos explícitos, controlables y evaluables. Y deben generar condiciones para retroalimentar y mejorar. Sin duda, como en otros ámbitos, la base esencial de éstas, como de otras negociaciones, será siempre la confianza.

Es importante, sobre todo en los hospitales, que las unidades de producción (aquellas que generan un producto hospitalario intermedio –procedimientos diagnósticos o quirúrgicos- o uno final -egreso o consulta-) conozcan sus costos –directos e indirectos- y tengan información actualizada y periódica sobre cantidad, calidad y costos a objeto de que puedan tomar decisiones correctas. Esencial para una buena gobernanza es que los equipos clínicos conozcan y participen en la planeación de metas de producción.

Finalmente no hay que olvidar de la necesidad de financiar los costos fijos de los establecimientos en áreas estratégicas (generalmente en lugares muy apartados donde se constituyen en la única posibilidad de acceso a servicios) y de la importancia de que los salarios del personal, idealmente deben de alguna manera estar ligados al desempeño del centro de salud.

Elementos esenciales para alinear recursos financieros y tecnológicos

Los elementos claves para alinear recursos financieros y tecnológicos son:

- Disponer de buena información sobre las necesidades de salud de personas y comunidades;
- Tener una cultura y un método para priorizar y organizar los recursos teniendo como base dichas prioridades (“nadie puede hacer lo imposible”);
- Una buena gobernanza en red facilita tomar decisiones compartidas con respecto al uso más racional, justo, ético y eficiente de los recursos;
- Una buena gobernanza hospitalaria (que involucre a los clínicos), es clave para evitar sobre prestaciones hospitalarias y gastos evitables que impidan que nuevos recursos puedan ir a fortalecer resolución de primer nivel de atención y de establecimientos especializados de tipo ambulatorio;
- Una cultura de utilizar la evidencia y que considere la sostenibilidad financiera de los establecimientos en la toma de decisiones sobre medicamentos, insumos y tecnologías, es crítica para servicios de calidad;
- Las decisiones en los ámbitos de los recursos se respetan más, cuando son tomadas de modo participativo y en base a criterios de consenso.

Tecnologías

Con respecto a las tecnologías sanitarias en un modelo de atención en red, se debe poner atención a su regulación, selección, adopción, difusión y uso, bajo un prisma de costo-efectividad, de integración de servicios y de continuidad de la atención.

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (Tics) son potentes instrumentos de integración, ejemplos abundan en el área de soluciones informáticas en los ámbitos de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones: ficha clínica electrónica; agendas en línea; telemedicina, utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios y un largo etcétera que cambia día a día con la velocidad de la innovación de la tecnológica actual. Todas estas soluciones pueden constituirse en ayudas efectivas, en la medida de que realmente los procesos estén integrados desde las personas, sus hábitos de trabajo y formas de organización. Las Tics, aceleran y facilitan procesos bien diseñados, asimismo nos amplifican los fallos, ya que evidentemente no integran mágicamente.

Las Tics implican además mucho gasto de energía en gestión del cambio. Cuando no se han mejorado previamente los procesos y no se han previsto los esfuerzos en implementación suelen haber fracasos. Es esencial que las Tics se diseñen e instalen como medios para mejorar el acceso y oportunidad de la atención, el desarrollo de capacidades humanas y la educación e información para el autocuidado y fomento de la salud, no como fines en sí mismo, ni como instrumentos orientados sólo a facilitar requerimientos de especialistas o de los niveles centrales. Antes de grandes inversiones de tiempo y dinero en herramientas como el expediente clínico electrónico, hay que asegurar contar con instrumentos –muchas veces más sencillos y económicos– que favorezcan la conectividad, la cooperación entre establecimientos y faciliten el acceso y la continuidad de la atención de las personas tales como sistemas de agendamiento remoto de turnos (citas de atención) y de referencia y retorno. Sin duda que construir redes tecnológicas es un desafío, tejer redes humanas un imperativo.

La definición sobre qué puede una red ofrecer a toda su población como derecho que en la práctica puede materializarse y darse garantía en salud de modo universal, conlleva capacidades para priorizar y para establecer sobre qué protocolos o guías. Por lo tanto asegurar la dotación y disponibilidad de la tecnología necesaria que asegure el acceso a servicios de calidad y seguros en la red, incluye definir conjuntos de tecnologías -incluido los medicamentos- que se entenderán como esenciales, junto a establecer los mecanismos eficientes para su compra y abasto de modo proveerlos de manera oportuna y continua. Junto a lo anterior hay que abordar el tema del uso racional de medicamentos especialmente los de alto costo, la disposición de capacidades para planificar inversión en infraestructura y tecnologías en base a criterios de racionalidad y necesidades de salud priorizadas, y para el manejo y mantenimiento de instalaciones y equipos biomédicos.

Con el objeto de consolidar innovación, eficiencia, equidad y valor social añadido de las tecnologías como principios rectores, ha mostrado utilidad el desarrollar agencias independientes que asesoren en materias de regulación, adopción, uso y evaluación de las tecnologías. Al nivel de la gestión clínica es importante que en los hospitales se cuenten con profesionales farmacéuticos que trabajen en equipo con el médico, junto a la existencia de comités de farmacia, que contribuyan al uso racional y basado en evidencia de medicamentos e insumos, especialmente en aquellos de mayor riesgo y alto costo.

Finalmente, a objeto de mejorar el acceso no hay que olvidar evaluar como apropiadamente incluir en nuestras decisiones, protocolos y guías, a las prácticas ancestrales y de la salud tradicional o alternativa, que se estimen puedan contribuir en cada realidad a mejorar el acceso y la valoración que la ciudadanía da a nuestros servicios.



Casos de desafíos



Hospital El Cruce: Un hospital sirviendo a una red

El Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner (HEC), fue inaugurado en el año 2007 en el Municipio de Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Desde su inicio establece su modelo de atención y gestión, como un hospital de Alta Complejidad en Red.

La Red Sudeste, dentro de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires, que integra el HEC, está conformada por los distritos de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown, que corresponde a más de 2 millones de habitantes, que se atienden en cerca de 200 centros de atención primaria de la salud, 4 unidades de pronta atención, y los Hospitales Isidoro Iriarte y Eduardo Oller de Quilmes; el Hospital Lucio Meléndez, Arturo Oñativia y José María Jorge de Almirante Brown; el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela; y el Hospital Evita Pueblo de Berazategui. Esta Red multinivel se sustenta en el trabajo conjunto con los Municipios de la Región, con la Región Sanitaria VI y se organiza a partir de los lineamientos programáticos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación.

El HEC cuenta con 171 camas de las cuales el 50% son de internación especializada en terapia intensiva, unidad coronaria y recuperación cardiovascular, entre otras. Los pacientes que se atienden en el HEC lo hacen mediante la derivación de los hospitales que integran la red, contando con un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades. Su administración es autónoma, basada en la legislación argentina de los Servicios de Atención Médica Integral a la Comunidad (SAMIC), y su Consejo de Administración está conformada por las jurisdicciones que lo conforman.

El desarrollo de sus dos planes estratégicos (el primero de 2008-2012, y el segundo del 2013-2017) constituyen herramientas de gestión que permiten ordenar y alinear los objetivos, visión y estrategias del HEC con las necesidades de la red, así como también consolidar la gestión interna y las relaciones del HEC con los otros efectores de salud de la Red, con la comunidad y con el territorio en que se inserta.

Producto de su orientación al trabajo en red se destaca su sistema de información en red que permite solicitar turno de derivación en línea. Una vez asignada, le llega aviso a cada organización de salud, explicitando el día y la hora de ingreso. Aquí se realiza una confirmación del turno y se convalidan datos de contacto (fundamentalmente teléfono), dependiendo del tipo de paciente (ambulatorio o internación), se definen los pasos a seguir. Finalmente cuando es necesaria la consecución de acciones asistenciales para el paciente, en el sistema quedan registrado los turnos. Se pone real énfasis en la contra referencia, evidenciando prácticas de gestión para no generar pacientes crónicos en el HEC.

Se ha desarrollado el proyecto “Dr. Red” que utiliza canales de chat y atención telefónica para hacer preguntas médicas referidas a medicación y tratamiento, además del “Portal del Paciente” que permite el rápido acceso a las historias clínicas y tratamientos de las personas enfermas, para aquellos que se encuentren habilitados y en cualquier lugar del planeta; se utilizan los sistemas de información virtuales tanto para organizar los procesos asistenciales y de gestión, como para la difusión y comunicación; el desarrollo de áreas de gestión de personas, entendiendo la inserción de las personas dentro de una red de atención sanitaria más amplia y no como simple “contra referencia”, es decir que el modelo no es limitativo. En este sentido, dado que el paradigma orientador de los sistemas de salud integrados en redes supone poner el foco en las personas y, con esto, reorganiza los procesos de gestión y asistenciales.

En el marco de la estrategia matricial en la cual se desarrolla el HEC se despliegan redes específicas de atención y especialidades. Hasta el momento se han implementado: la Red Integral de Laboratorios, la Red de Pediatría, la Red de tratamiento integral de Fisura Alvéolo Palatina, la Red Nacional de Cardiopatías Congénitas, la Red de Displasia Congénita de Caderas, la Red Pie Bot, que se encuentra en una instancia de incipiente avance al igual que la red informática vinculada con el Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS). Actualmente, dando continuidad a estas acciones se ha planificado la puesta en marcha de la Red de Cirugía de Corta Estancia, y un desafío mayor que es avanzar hacia la consolidación de una Red de Trauma Agudo, Red de Oncología y Seguimiento de Pacientes Crónicos. Hospital El Cruce, con su estrategia de redes, representa una valiosa experiencia de trabajo asistencial y de gestión, para organización de la salud en el territorio con sus diversos espacios interjurisdiccionales.

Transformaciones en Misiones y Corrientes para la disminución de la mortalidad materna e infantil.

En 2008 el Consejo Federal de Salud –COFESA- acuerda líneas de acción para la reducción de la mortalidad infantil y la mejoría de la salud materna. El año 2010 la provincia de Misiones adhiere al Plan, acordando, entre otros puntos, rediseñar la red, con la concentración de los nacimientos en maternidades seguras que cumplan las condiciones para una maternidad segura (anestesista, quirófano, sangre segura, traslado, recepción y estabilización del recién nacido, sistemas de información confiables y estrategias para capacitación continua). En 2010 el 26% de los partos se realizaban en maternidades que no cumplían dichas condiciones, reduciendo para el 2014 a 3,7%.

Tabla 10. Evolución de las defunciones infantil y neonatal, provincia de Misiones. 2009/2014

Año	Mortalidad materna	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad pos neonatal
2009	8,85	12,66	8,54	4,12
2014	2,52	9,38	6,29	3,09

Fuente: Información Ministerio de Salud Provincial

En 2015 Corrientes era la provincia con mortalidad infantil (MI) más alta del país (2013: MI Corrientes: 14,9%; MI nacional: 10,8%), a predominio de la mortalidad neonatal, falleciendo más del 50% de los <1500g. A partir de septiembre 2015 se inició un proceso de rediseño de la red para el ordenamiento de los 19000 nacimientos de la provincia según su riesgo, con la derivación de los embarazos de riesgo o en su defecto de los neonatos al Hospital Vidal, de la Capital y la creación de una unidad funcional perinatal con el hospital Llano, de la Capital. La unidad funcional debería resolver 7000 partos por año y recibir el riesgo de otros 12000 nacimientos de otras localidades. Se creó una coordinación para la gestión funcional y clínica de las referencias y contra referencias obstétricas y neonatales, con funcionamiento 24/7. Se elaboró una planilla de control de internaciones y de presencia de personal en los hospitales con mayor número de partos y se estableció el pase de sala diario en el servicio de neonatología del Hospital Vidal. Se desarrolló una importante capacitación en servicio a enfermeras y médicos.

Tabla 10. Evolución de las defunciones infantil y neonatal, provincia de Corrientes. 2015/2016

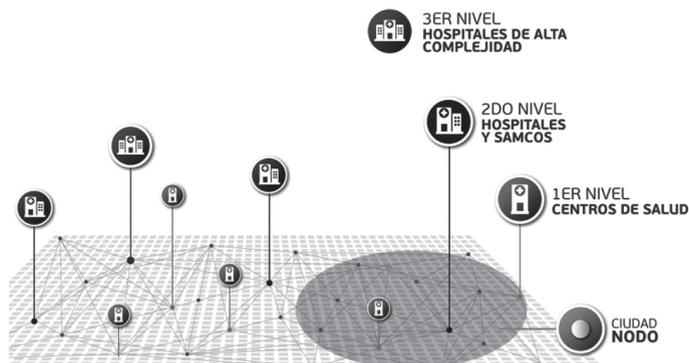
Año	Fallecidos <1a	Muertes neonatales	Pos neonatal	MI‰	MN‰	Mpost‰
2015	288	118	70	14,6	12,08	3,16
2016	211	65	46	12,2	9,08	3,08

Fuente: Dirección de planificación y estadísticas de salud, Provincia de Corrientes.

El rediseño de la red y la concentración de los nacimientos de riesgo en un solo hospital de la Provincia permiten hacer más eficiente el tratamiento de neonatos de riesgo, favorece la interconsulta con especialistas, la utilización oportuna de insumos caros como la alimentación parenteral y la utilidad de las actividades de capacitación. La contra referencia gestionada, tanto dentro de la unidad funcional con el hospital Llano, como a otros hospitales de origen facilita una mejor utilización de las unidades de alto riesgo.

Santa Fe: Experiencia y desafíos de una red que se fortalece.

La Red de salud de la provincia tiene una larga trayectoria de compromiso con la APS y una fuerte vocación por materializar el derecho a la salud de sus habitantes. Está compuesta por diversos efectores públicos: 452 Centros de Salud; 117 Servicio para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCO) y hospitales de 2do nivel; y 12 hospitales de alta complejidad. Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. La RED de gestión provincial como municipal en trabajo articulado con otras áreas está logrando gradualmente dar respuesta a la ciudadanía efectivamente. Otorga 8,4 millones de atenciones al año que, según la cantidad de usuarios registrados se estiman en un promedio de 4 consultas promedio persona. Esta red integrada de todos los niveles de atención en salud, constituye un elemento clave para la gestión de un modelo que sea equitativo, solidario y de calidad.



El desafío para el 1ro y 2do nivel es dar respuesta a un 90% en resolución y control de enfermedades agudas y crónicas; 95% en diagnóstico; 100% de los partos de bajo riesgo; 100% en prevención primaria, secundaria y terciaria; 95% en rehabilitación; 95% en salud bucal; 95% en salud mental y patologías asociadas; 90% de la entrega de medicación entre otros. El 3er nivel registra anualmente unos 150.000 egresos.

Los 12 Hospitales distribuidos en todo el territorio provincial son 7 Hospitales Generales polivalentes, 1 Hospital General de Adultos, 2 hospitales Generales de Niños y 2 Hospitales Monovalentes de Salud Mental, estos últimos en el proceso de desmanicomialización y conversión hacia la polivalencia. Los hospitales, como sucede en muchos lugares, consumen el 70% del presupuesto en salud, albergan el 40% del recurso humano empleado en salud y sus procesos solo alcanzan al 5% de la población. El marco Legal institucional, propia de la compleja realidad nacional, que los encuadra en conjunción con las leyes que contienen los distintos estatutos que reglamentan las funciones y deberes de los directores y consejo y resto de los agentes, contribuyen a fragmentar la atención en servicios y departamentos y dificultan una integración efectiva. Su gobernabilidad, por lo tanto, es el resultado de la interacción entre la regulación normativa, los intereses de la dirección, de los integrantes del consejo de administración, y de sus trabajadores, resultando un resultado sanitario muy heterogéneo que dificulta el trabajo colaborativo en red y un adecuado alineamiento con las necesidades de las personas y comunidades usuarias.

Lo anterior ha motivado a que el actual equipo ministerial se esté planteando el objetivo de contribuir a mecanismos de gobernanza en el interior de los establecimientos hospitalarios –gestión clínica- y hacia la red -procesos asistenciales en red-, que contribuyan de mejor forma a la continuidad de los cuidados y al trabajo colaborativo, de modo lograr en los grandes hospitales la apertura hacia las necesidades en

salud del territorio, de modo atención y cuidados integrales, empiecen y terminen en el centro de salud y la comunidad.

Este desafío, ejemplifica como nuestra misión de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, nos obliga a estar en permanente cambio hacia fortalecer nuestras redes de atención, para brindar servicios más accesibles, integrales y de calidad.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires buscando mejorar integración con el Área Metropolitana de Buenos Aires

En el marco de las 12 políticas de Estado contempladas en el Plan Nacional de Salud para el período 2015-2019, y de la agenda digital establecida en el Plan de Gobierno de la CABA, existe la oportunidad y voluntad de implementar una Historia Clínica Electrónica (HCE) para pacientes atendidos en los servicios de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), lo cual permitiría documentar las acciones atinentes al cuidado de la salud de las personas que habitan la zona, con el resultado de un registro asistencial centralizado e integrado y de esta manera contribuir a alcanzar una mejor calidad de servicios de salud.

Se denomina AMBA al Área Metropolitana de Buenos Aires, definida como la zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 40 de los municipios que conforman la Provincia de Buenos Aires. En esta experiencia se han seleccionado 33 municipios, (entre los cuales se encuentran 819 Centros de Atención Primaria de la Salud), para desarrollar una experiencia piloto con los de Lanús, Morón, Vicente López y San Miguel, comenzando con la implementación de la HCE en un total de 102 CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud)

En el contexto de esta zona urbana común, que tiene una elevada concentración de habitantes que se atienden en una u otra jurisdicción independientemente de su domicilio de residencia, desarrollar sistemas de informatización clínica, contribuirá a mejorar la disponibilidad de centros de atención de salud pública capaces de prestar servicios de mayor calidad, permitiendo documentar las acciones atinentes al cuidado de la salud relacionados con las enfermedades no transmisibles (ENT) en los grupos vulnerables de la población del AMBA, facilitando la referencia y contra referencia entre los servicios que conforman las redes de cuidados de la salud del área metropolitana, a partir de un registro asistencial centralizado e integrado.

La unificación de la información clínica de los municipios seleccionados de la provincia de Buenos Aires y la CABA, será realizará a través del Sistema de Información Clínica del Área Metropolitana, que no implica el desarrollo de nuevos sistemas

informáticos, sino que tiene sustento en la integración de los sistemas preexistentes en el AMBA, utilizando estándares para el intercambio o interoperabilidad de la información en salud.

Los objetivos buscados son: (i) Consolidar los padrones de los pacientes que se atienden en los CAPS de los 33 Municipios del AMBA en un único padrón del sistema de información clínica del área metropolitana; y, (ii) Implementar la HCE en los CAPS de 33 Municipios del AMBA.

Se espera que la concreción de esta integración en el ámbito de la informatización clínica contribuya a mejorar la disponibilidad de centros de atención de salud pública capaces de prestar servicios de mayor calidad, permitiendo documentar las acciones atinentes al cuidado de la salud en los grupos vulnerables de la población del AMBA.

Tucumán: Reorganización de la red de servicios en la provincia procurando mejoría en los cuidados de personas con problemas crónicos de salud

El Sistema Provincial de Salud (Si.Pro.Sa.) de la provincia de Tucumán posee una red de establecimientos que conforman el conjunto de efectores, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutive, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios tiende a asegurar la provisión y continuidad de un conjunto de acciones prioritarias de salud, en función de las necesidades identificadas de la población.

Desde el punto de vista sanitario, la provincia de Tucumán se encuentra dividida en 4 áreas programáticas: Centro, Sur, Este y Oeste. El primer nivel de atención está constituido por una red de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), postas sanitarias y algunos centros municipales de asistencia; los mismos brindan atención de 6, 12 o 24 horas. Cada uno de ellos con un área de responsabilidad definida. El segundo nivel de atención está conformado por hospitales de baja y mediana complejidad (19 hospitales locales y 5 hospitales nodo), en los que se realiza atención ambulatoria de las especialidades básicas y algunas críticas, con guardia médica de 24 horas, prácticas de diagnóstico y tratamiento, internación, así como traslados programados hacia otros niveles de atención. Estos hospitales también tienen un área de responsabilidad definida. El primer y segundo nivel de atención está bajo la conducción de las Áreas Operativas (AO). Las AO constituyen la célula básica de la organización administrativo– sanitaria del Si.Pro.Sa. El tercer nivel de atención, está representado por 8 hospitales de referencia, de los cuales dos son polivalentes de

adultos, dos polivalentes de adultos y pediátricos, uno de maternidad, uno pediátrico y dos de salud mental, los que constituyen el mayor nivel resolutivo en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Las AO dependen de las Áreas Programáticas (AP). La función de las AP es coordinar las acciones administrativo-sanitarias de las AO y su trabajo se realiza bajo las normativas de la Dirección General de Red de Servicios. Por lo antedicho y a manera estratégica es que la oficina de referencia y contra referencia desarrolla su actividad en dicha dirección. A pesar de la organización por niveles establecida formalmente, existían obstáculos para garantizar la continuidad de la atención sanitaria, entre ellos la ausencia de un sistema formal y permanente de registro de derivación de usuarios a través de la red de atención. Esto ocasionaba demoras injustificadas en los tiempos de resolución de las demandas de la población, con alto impacto en las variables socio sanitarias más sentidas por la comunidad y los niveles ejecutivos.

El Servicio de referencia y contra referencia del SIPROSA tiene la función de gestionar turnos desde los distintos niveles de atención (I y II) con los de tercer nivel, que son los hospitales centrales. Existe un circuito que establece que el paciente que llega a un servicio de primer y segundo nivel es examinado y, si el médico considera necesaria la interconsulta con un especialista o un método complementario de diagnóstico, el turno es solicitado a través de un formulario especial en la Dirección General de Red de Servicios (DGRS) y se lo otorgará al paciente en menos de 10 días hábiles.

El formulario de referencia se encuentra en todos los CAPS de la provincia. Allí el médico hace el pedido de interconsulta, el cual es enviado al Área Operativa correspondiente y de allí remitido a la oficina de referencia y contra referencia de la Red. Desde ahí se asigna un turno en la agenda hospitalaria para cualquier especialidad. El paciente es informado de la fecha de su turno vía telefónica, dato fundamental para agilizar el circuito.

Desde el Servicio de Referencia se otorga el turno de acuerdo a la accesibilidad geográfica del paciente y al hospital que le pueda dar la prestación que necesita.

Se confeccionó un formulario de referencia y contra referencia para el seguimiento continuo del paciente ambulatorio programado con patologías crónicas, excluyendo urgencias y emergencias, desde su captación en cualquiera de los niveles hasta la resolución de su patología. Se tiende a colaborar con la organización de la atención, regulando la oferta y la demanda,



evitando la congestión hospitalaria, reduciendo los tiempos de espera, las consultas desacertadas y optimizando recursos (humanos, tecnológicos y estructurales). Para sistematizar el flujo de la información, los datos se manejan a través de correo electrónico o fax desde las AO y AP al centro de referencia y contra referencia y a las oficinas nodo de cada hospital de 3° nivel de complejidad.

El desarrollo de estas oficinas de referencia y contra referencia busca promover y potenciar la organización coordinada de los servicios en el ámbito de la Atención Primaria enfatizando la continuidad y longitudinalidad en la atención a las personas, lo que hace indispensable la coordinación entre CAPS, AO, AP y las oficinas nodos estableciendo un verdadero entretejido y trabajo en red.

Como parte de los procesos de mejora se acompañó con estrategias de capacitación a los actores involucrados en la red. A si mismo se incorporaron guías y protocolos de atención para enfermedades no transmisibles



Palabras finales



Las mayores dificultades de Argentina para asegurar equitativamente servicios de calidad a todos sus habitantes, guardan relación con la alta segmentación y fragmentación de su sistema de salud. Como ejemplo se puede citar que a nivel jurisdiccional además de haber prestadores de diversa naturaleza –obras sociales, privados, públicos de la provincia, etc.- los cuales tienen distintas dependencias y normas jurídicas y reglamentarias, se puede observar diverso nivel de desarrollo de los centros de primer nivel de atención, de los hospitales comunitarios, municipales y provinciales, los cuales tienen distintas formas de gobierno, financiamiento, contratación de recurso humano, gestión interna y relación con otros establecimientos, lo que dificulta y complejiza la posibilidad de articular modelos de atención compartidos.

Así como hay obras sociales diversas en el modo en que estructuran con sus prestadores (propios o terceros contratados), hay provincias como Ciudad Autónoma de Buenos Aires –CABA- que cuenta con la oferta más grande de hospitales de alta complejidad de todo el país, al mismo tiempo que no tiene el mismo nivel de desarrollo de su ámbito ambulatorio. Dado el fuerte desarrollo hospitalario de CABA ésta recibe una proporción muy grande de usuarios de la vecina provincia de Buenos Aires. Esta última tiene una gran cantidad de establecimientos, muchos de ellos sin el recurso humano suficiente por la fuerte competencia que le plantean los propios municipios que en sus hospitales tienen escalas salariales mejores que los hospitales públicos de la provincia.

Lo interesante, en que en esta complejidad, la Argentina tiene una historia riquísima de buenas prácticas y de lecciones aprendidas. En esta publicación hemos hecho referencia sólo de algunas pocas y recientes.

Por todo lo anterior, y de modo muy respetuoso con la rica historia de la nación Argentina, es que esta publicación ha escogido relevar los aspectos más esenciales para fortalecer un sistema prestador orientado a las personas.

Sin duda que el mayor desafío no es conceptual –dada la riqueza de capital humano en salud- de este país, sino en la capacidad de articular a diversos actores y generar contextos para políticas públicas en salud abarcadoras, integrativas, viables y persistentes.

Es evidente, que la actual configuración y alineación de los equipos políticos de CABA, provincia de Buenos Aires y nación, abren una ventana de oportunidad, que estamos seguros se aprovechará en beneficio de las personas y comunidades que habitan tan importante territorio.

Mucho compromiso se observa en la mayoría de las provincias, por continuar transformando sus servicios de atención para asegurar acceso de calidad a todos. Para cada uno de ellas, esta publicación se ofrece como un elemento más para apoyar el debate conceptual de este importante desafío.



Glosario



Acceso y Cobertura Universal a la Salud (Salud Universal): El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (CD53/5, Rev. 2 y CD53/R14 OPS/OMS, 2014). Los Estados >Miembros de la OPS/OMS concordaron cuatro líneas estratégicas interdependientes: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y, fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, accesos viales, medios de comunicación, etc.

Acceso efectivo: Es la posibilidad de que una persona pueda resolver su necesidad de salud sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a través de servicios cercanos, resolutivos, seguros y confiables.

Atención Progresiva del Paciente: Estrategia mediante la cual se organizan los servicios, según las necesidades de atención del paciente, en forma tal que el enfermo reciba los servicios de atención en el grado que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área física de la red más apropiado para su necesidad o su estado clínico.

Calidad de la atención en salud: Atención efectiva (mejora objetiva de los resultados en salud de las personas y de las comunidades); eficiente (con el mejor uso de los recursos disponibles); accesible (sin barreras ni discriminaciones de ninguna índole); aceptable (centrada en las personas y con base a las expectativas, género, edad, cultura de personas y comunidades); equitativa (sin diferencias injustas y evitables); segura (con mínimos riesgos de daño a los usuarios); evaluada y en cambio (constantemente monitoreada y en permanente transformación).

Capacidad resolutiva: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios de los establecimientos de salud.

Cartera de servicios: Conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento. La cartera de servicios es definida por la red.

Centro de Primer Nivel de Atención: Es la base del Modelo de Atención. Se constituye en el eje de todo el sistema prestador. Tiene capacidades, competencias humanas y materiales para resolver la mayor proporción de necesidades de salud de personas y comunidades. Los distintos subsectores gradualmente homologan cartera de servicios, conjunto de beneficios y prestaciones y la infraestructura, tecnologías, medicamentos y recurso humano para dar cumplimiento a similares estándares de accesibilidad y calidad, para toda la población sin discriminación alguna.

Consejería en salud: Es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar. La Consejería se enmarca en la relación de ayuda que existe entre el equipo de salud y una familia y como tal debe tender a desarrollar en el usuario habilidades y destrezas que le permitan enfrentar su situación de conflicto actual y/o futuro.

Continuidad de la atención: Se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó una consulta.

Control Social: Es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual o colectiva sobre las decisiones en materias de salud que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas como de las estrategias de implementación.

Contra referencia: Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la opinión o prestación solicitada.

Corresponsabilidad: se refiere a una colaboración responsable y respetuosa, para crear un sentido de pertenencia que promueva el compromiso y la participación de todos los actores, con el propósito de obtener resultados que mejoren el nivel de salud de la población y, en consecuencia, su bienestar. Compartir responsabilidades en la atención de la salud, significa la participación activa y consciente del individuo, la familia, el personal de salud y los demás sectores para lograr los objetivos del Modelo

Demanda: El número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

Eficiencia: uso de los recursos adecuados para producir los servicios de salud que evite el dispendio y los desperdicios.

Efectividad: producir los resultados esperados según la competencia del personal de salud y la asignación correcta y oportuna de recursos.

Equidad: Con este principio, articulado a condiciones generales de justicia social, se garantiza la equitativa distribución de los recursos y se asegura la igualdad en la oferta y disponibilidad de los servicios integrales, sin distinciones ni privilegios ante las diferencias sociales, de género, etnia, territoriales o laborales. Las personas se reconocen con pleno acceso para recibir atención, sea cual fuese su lugar de residencia o centro laboral, dado el carácter universal del Modelo

Establecimiento de origen: Es aquel establecimiento de salud donde se realiza una atención de salud que determina la referencia del paciente.

Establecimiento de destino: Es aquel establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria, que recibe al paciente referido por el establecimiento de salud de origen.

Estrategia: Una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

Evaluación de tecnología en salud: es la valoración de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de los medicamentos, equipos y procedimientos que se utilizan en los servicios de salud para la prevención de enfermedades y para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Flexibilidad: posibilidad de adaptar y aplicar el Modelo en las distintas realidades locales, con mirada de red. Este principio permite la adecuación de las estrategias, prioridades, normas, métodos y sistemas de trabajo, ante las nuevas circunstancias y necesidades que impongan las condiciones locales y la disponibilidad de recursos. Esto requiere de un monitoreo o vigilancia activa, de parte del equipo de salud, las autoridades municipales y provinciales, en virtud de definir los cambios necesarios para dar respuesta a las necesidades locales.

Gestión clínica: Es el más adecuado uso de los recursos, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Por lo tanto, su objetivo último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su

capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia).

Gestión de casos: Es un sistema clínico que se centra en la responsabilidad de un individuo o grupo identificado, para la coordinación del cuidado que recibe el paciente o grupo de pacientes, durante un episodio o continuidad de cuidados, negociando, procurando y coordinando los servicios y recursos precisos para el paciente y la familia; asegurando y facilitando el logro de resultados, de costo clínicos y de calidad; interviniendo en los puntos clave para cada paciente, afrontando y resolviendo problemas que tienen un impacto negativo en la calidad y en el costo creando oportunidades y sistemas para favorecer los resultados.

Gestión por proceso clínico: Estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento (entrada) hasta el alta o resolución (salida); el proceso clínico se extiende desde un primer contacto con el equipo de salud hasta el alta, es decir, trasciende a los establecimientos.

Guía operativa o de proceso asistencial en red: Es la aplicación o traducción operacional o de gestión, de este Modelo de Atención a un problema de salud específico, por ejemplo el modo práctico en que se enfrentan los problemas crónicos tal como la diabetes. La Guía operativa conjunta las guías clínicas a las decisiones de inversión, de abasto y de gestión administrativa, para resolver de modo integrado un problema específico de salud con mirada de red.

Guía de práctica clínica: Son Enunciados desarrollados de forma sistemática, para apoyar la toma de decisiones de profesionales de la salud, médicos y pacientes acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas. Esto se refiere, en términos prácticos, a un documento formal, elaborado habitualmente por un grupo de expertos de una organización que goza de reconocimiento y autoridad, que resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de una patología o problema de salud, y a partir de ello, formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación. La guía resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema de salud y a partir de ello formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Jurisdicción, nodo o región sanitaria: Nivel territorial con responsabilidad de gestionar red y sistema de referencia y contra referencia de los Centros de Salud de Primer Nivel con los otros niveles y de apoyar la integración entre distintas instituciones con el objeto de resolver las necesidades de las personas.

Instancias de participación: Son espacios formales de participación creada con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Están formadas por representantes de las organizaciones comunitarias del territorio.

Integralidad: este principio de integralidad se enfoca a la solución de los problemas de salud, mediante la organización de un sistema médico eficiente y la promoción de mejores condiciones de vida de la población. En este Modelo integral el centro de atención lo ocupa el individuo aparentemente sano y el enfermo, conjuntamente con su entorno y se proyectaría la atención del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva social, multidisciplinaria e intersectorial. Las personas se considerarían sujetos de derechos, con necesidades priorizadas de atención personalizada en su dimensión biológica, psicológica y social, referidas a su contexto laboral, familiar y comunitario. Este principio también incorpora la intervención en salud, mediante acciones integrales de promoción de salud, prevención y control de enfermedades, tratamiento y rehabilitación.

Macro redes: Son aquellas redes asistenciales que trascienden el territorio de una jurisdicción, nodo o región sea en orden provincial o nacional.

Modelo de Atención Integral: Diseño de la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos en un sistema de salud; niveles de atención; perfil de competencias, etc., a objeto de contribuir al mayor nivel de salud de las personas. También se refiere a las características, valores y principios, tipo, estructura y combinación de servicios de salud que se ofrecen en un país. Se denomina “integral”, cuando el conjunto de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que son desarrolladas por el sistema de salud, a través de actividades sobre el ambiente, las determinantes sociales, las poblaciones y las personas, están orientadas a promover, proveer y facilitar una atención eficaz, oportuna, eficiente y de calidad a las personas, considerando su integridad física, psíquica y social, así como los aspectos propios de la diversidad cultural, de género y de etnia, a lo largo de todo el ciclo vital. Se denomina “centrado en las personas”, cuando las actividades desarrolladas por el sistema de salud tienen como eje la dignidad de las personas y entiende a la

salud como un derecho humano esencial y universal. Se denomina “en red o en redes integradas”, cuando un país hace arreglos para que diversos actores o subsistemas, presten servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, compartiendo objetivos, reglas y normas comunes, rindiendo cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirven.

Por tanto es el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados – a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Modelo de gestión: Es la forma como se organizan y combinan los recursos materiales y humanos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: Es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado periodo.

Prevención Primordial: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad. Asimismo, necesita enfrentar los factores ambientales.

Prevención Primaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de limitar la incidencia de las enfermedades mediante el control de factores de riesgo.

Prevención Secundaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de acortar el período entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico (diagnóstico precoz) en individuos y poblaciones, e indicar tratamientos oportunos y efectivos con el fin de reducir secuelas y mortalidad precoz.

Prevención Terciaria: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de reducir el progreso, las complicaciones de una enfermedad establecida, y fomentar el aprovechamiento de las potencialidades residuales.

Promoción: Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla”; y que operacionalmente la Secretaría de Salud ha definido como estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades

y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.

Participación Comunitaria en salud: Es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

Participación Social: Es un proceso social que involucra a varios actores para trabajar de manera colaborativa en pos de un mismo fin, para tener acceso colectivo a la toma de decisiones.

Pertinencia cultural de la atención o interculturalidad: es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.

Protocolo de atención: Es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnóstico necesario con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de guías clínicas, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Protocolo de referencia y contra referencia: es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contra referencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Rectoría: Función esencial en salud que incluye, entre otras, la conducción y regulación del sistema. Esto último implica diseño e implementación de políticas públicas; planificación y coordinación intra sectorial y multisectorial; diseño de normas y reglas para todos los actores del sistema así como su fiscalización.

Red asistencial: Conjunto de establecimientos asistenciales sean de los servicios estatales de salud, de las instituciones de la seguridad social o de privados en convenio, que según la normatividad señalada por la Secretaría de Salud se articulan a nivel jurisdiccional, estatal o federal, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Es un sistema de organizaciones públicas de diverso origen y/o privadas en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud. Los problemas de salud se abordan a través de elementos estructurales (establecimientos), funcionales (mecanismos de interconexión, referencias y contra referencias, redes de apoyo familiar y social), y por los equipos de salud. En la red debe haber complementariedad, integración y corresponsabilidad al interior y entre los establecimientos que la componen.

Referencia (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Resolutividad: disponer de los recursos y las competencias necesarios para resolver la gran mayoría de los problemas de salud que se presentan en el primer nivel y referir los casos que requieren de atención médica especializada, en centros con capacidad resolutive a ese nivel.

Sistema de referencia y contra referencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contra referencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Tecnología apropiada: es aquella tecnología que, habiendo sido aprobada por los procedimientos de evaluación y de las evidencias, es aplicable en la realidad concreta, en función de la costo-efectividad.

Transparencia: se refiere a la actitud y práctica de la integridad y la honestidad en las relaciones interpersonales de los prestadores, como entre estos y la población que atienden y se expresa mediante el acceso libre a la información, la evaluación, auto evaluación y la rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos, tanto al interior de los centros y unidades asistenciales, organización como a instancias exter-

nas, principalmente la comunidad. Todo ello fortalece las funciones de participación, observación y vigilancia de la ciudadanía, con el propósito de comprobar el cumplimiento correcto de la misión y funciones de la institución como organismo estatal.

Tutoría médica de especialista (asesoría médica): Actividad realizada por médico especialista –de manera presencial o virtual- en conjunto con médicos y equipos de salud de primer nivel tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos.

Universalidad: una combinación de la ampliación del acceso, de la cobertura poblacional, del espectro de los servicios ofrecidos con equidad, eficiencia y calidad, el financiamiento público, la disposición del recurso humano y la tecnología sanitaria y la supresión de barreras de distinta índole para hacer efectivo el derecho a la salud sin discriminación alguna.



Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: edición de 2012: panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS; 2012. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=124&lang=es
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Río sobre los determinantes sociales de la salud: Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. [citado 18 marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf. [También en: la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río + 20) del 2012, la Declaración de las Naciones Unidas de diciembre del 2012 y el debate sobre la agenda para el desarrollo después del 2015].
3. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31084/9275326991-esp.PDF>
4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978: Alma-Ata, URSS), Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. (Salud para todos, 1). Ginebra: OMS; 1978. [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas*. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Washington, DC: OPS; 2010. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31323/9789275331163-spa.PDF>
6. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago de Chile: OPS; 2011. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>

7. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su Implementación en las Américas*. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Washington, DC: OPS; 2010. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31323/9789275331163-spa.PDF>
8. Organización Panamericana de la Salud. *Llamado a la acción de Toronto: 2006-2015: hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas: Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud: 4-7 de octubre 2005*. [citado 3 marzo 2017]. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*. Washington, DC: OPS; 5 octubre 2007. (Documento CSP27.R7). [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3733/csp27.r7-s.pdf>
10. Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. Washington, DC: OPS; 29 septiembre 2010. (Documento CD50.R7). [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/425/CD50.R7-s.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. *Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*. Washington, DC: OPS; 4 octubre 2013. (Documento CD52.R13). [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4441/CD52-R13-esp.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015: informe final*. Washington, DC: OPS; 8 septiembre 2015. (Documento CD54/INF/1). [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28426/CD54-INF-1-s.pdf>
13. World Health Organization. *Health workforce and services: draft global strategy on human resources for health: workforce 2030: report by the Secretariat*. Ginebra: OMS; 29 abril 2016. (Documento A69/38). [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252697/1/A69_38-en.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. *Informe de la Reunión Regional de Recursos Humanos para la Salud: los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos*. Buenos Aires; 2015.
15. Ansoleaga Moreno E, Artaza Barrios O, Suárez Jiménez JM, eds. *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud; 2012. [citado 18 marzo 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=799&Itemid=383



ISBN 978-950-710-128-1



9 789507 101281



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPCNA REGIONAL PARA LAS Américas