



SERIE SALUD UNIVERSAL

HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Recomendaciones estratégicas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Recomendaciones estratégicas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



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

Washington, D.C.
2018

Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas

ISBN: 978-92-75-32004-4

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

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. Reservados todos los derechos.

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.

ÍNDICE

PREFACIO.....	v
AGRADECIMIENTOS	vii
PRESENTACIÓN	ix
RESUMEN EJECUTIVO	xi
Gobernanza	xii
Asignación de recursos.....	xiii
Modelo de atención.....	xiii
Tecnología e infraestructura.....	xiv
Recursos humanos	xiv
Gestión del cambio	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. LOS SISTEMAS DE SALUD Y SUS DESAFÍOS.....	5
CAPÍTULO 2. LA INICIATIVA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	9
2.1 Atributos esenciales de las RISS.....	9
2.2 Consideraciones preliminares sobre la propuesta de RISS y los hospitales	11
CAPÍTULO 3. LA FUNCIÓN DE LOS HOSPITALES EN LAS RISS	13
3.1 Definición de hospital	14
3.2 Tendencias que prevalecen en un hospital	14
3.3 Gestión hospitalaria.....	16
3.4 Requerimientos a la red desde el punto de vista del hospital.....	17
CAPÍTULO 4: LOS HOSPITALES Y SUS DESAFÍOS.....	21
4.1 Gobernanza.....	21
4.1.1 Diferencia entre la gobernanza de las redes y la de los hospitales	22
4.1.2 Recomendaciones sobre gobernanza	24
4.2 Asignación de recursos	25
4.2.1 Recomendaciones sobre la asignación de recursos	28
4.3 Modelo de atención.....	29
4.3.1 El modelo de atención y las RISS.....	29
4.3.2 Recomendaciones sobre el modelo de atención	35
4.4 Tecnología e infraestructura.....	36
4.4.1 Infraestructura del hospital en red.....	41
4.4.2 Recomendaciones sobre tecnología e infraestructura de salud.....	43

4.5 Recursos humanos	45
4.5.1 Recomendaciones sobre recursos humanos	51
4.6 Organización y gestión del cambio	52
4.6.1 Liderazgo para el cambio	52
4.6.2 La cultura organizacional.....	53
4.6.3 Recomendaciones sobre organización y gestión del cambio.....	54
CONCLUSIONES.....	55
GLOSARIO	57
REFERENCIAS.....	59

PREFACIO

Para afrontar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) acordó avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y definió una serie de líneas estratégicas que se están convirtiendo en una tarea central de los sistemas de salud de la Región de las Américas. Esta decisión de los Estados Miembros de la OPS es producto de un proceso de construcción conceptual que ha ido marcando la trayectoria para el desarrollo de los sistemas de salud en la Región. Esta trayectoria conceptual tiene tres momentos clave:

1. El reconocimiento de que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud, se logran mejores resultados de salud. *Este reconocimiento* se hizo durante el proceso de renovación de la atención primaria de salud a mediados de la primera década de este siglo.
2. Posteriormente, a fines de 2009, el Consejo Directivo de la OPS reafirmó que es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud como estrategia fundamental para lograr las metas nacionales e internacionales de salud. Durante ese mismo Consejo Directivo se reconoce que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria de salud en el ámbito de la prestación de servicios de salud.
3. En el año 2014, se aprueba la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, para consolidar el avance hacia sistemas de salud más equitativos y eficientes.

Como apoyo a esta trayectoria de construcción conceptual, este documento contribuye al debate sobre la transformación de los hospitales en el marco de la propuesta de redes integradas de servicios de salud (RISS) en la Región de las Américas. Su objetivo principal es presentar las ideas surgidas de la discusión regional sobre el futuro de los hospitales y las nuevas funciones de los hospitales en las RISS. Además, considera y sintetiza, entre otros, los planteamientos del documento *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*, las discusiones de los talleres de gerentes realizados en 28 países de las Américas, el resultado de diversos encuentros de especialistas y los estudios realizados por la OPS para recoger opiniones de los gestores en determinados países de la Región. También se nutre de experiencias internacionales y buenas prácticas reconocidas en una revisión bibliográfica sistemática sobre la evolución y tendencias futuras del hospital realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública por encargo de la OPS.

Como se señala en el documento, es necesario que los hospitales sean parte activa de la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal. No es posible avanzar hacia la concreción de un modelo centrado en las personas ni tener un primer nivel fuerte y confiable si no tenemos hospitales que trabajen en red. Estas materias y otras de igual importancia son sobre las que este documento presenta consideraciones conceptuales y recomendaciones clave, en la tarea de avanzar hacia la salud universal y alcanzar las metas de desarrollo sostenible que se está emprendiendo en todos los niveles en nuestros sistemas de salud.

AGRADECIMIENTOS

El contenido de este documento es producto de los debates, recomendaciones y aportes de un sinnúmero de gerentes de servicios de salud de la Región de las Américas que participaron en una serie de encuentros sobre el papel de los hospitales en las redes integradas de servicios de salud.

Fue elaborado por Ricardo Fábrega a partir de las recomendaciones de un grupo de trabajo compuesto por Osvaldo Artaza, José Enrique Cabrera, María Cristina Cometo, Rossana Fuentes, Reynaldo Holder, Juan José Mercader, Laura Ramírez, Carlos Rosales, Fernando Sacoto, Itzel Smith, Roberto Tapia, Fernando Menezes, José Luis Castro, Renato Tasca y Soledad Urrutia.

Esta publicación se realizó bajo la supervisión de Amalia Del Riego y los aportes técnicos de Reynaldo Holder y Ramón Granados mientras que el proceso editorial y revisión de contenidos estuvo a cargo de Rossana Quiñones y Edgar Gallo.

Agradecemos a los más de 20 expertos y profesionales de 24 países que participaron en la revisión de pares y nuestro especial reconocimiento a los más de mil gerentes de hospitales y servicios de salud, expertos en salud pública y trabajadores de la salud en general que contribuyeron, con sus ideas y entusiasmo, a esta iniciativa.

PRESENTACIÓN

El avance hacia la salud universal es la tarea principal de los sistemas de salud en la presente década. Lograr que todas las instituciones que forman parte de los sistemas de salud se estructuren de forma tal que se asegure el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad es uno de los propósitos que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoya activamente en los países de las Américas. Para lograr avances significativos en los próximos años, la OPS trabaja, junto a los Estados Miembros, en la promoción de la cooperación técnica, el intercambio de experiencias y las recomendaciones en cada una de las líneas estratégicas definidas por los cuerpos directivos de la Organización.

Uno de los desafíos principales se encuentra en la transformación de los servicios, incluyendo la estructuración de redes integradas de servicios de salud. Para ello se han elaborado recomendaciones y herramientas de cooperación técnica que están siendo utilizadas crecientemente a medida que los avances de algunas experiencias demuestran su utilidad e importancia.

Dentro de las transformaciones necesarias en la prestación de servicios de salud, una de las más importantes es la de los hospitales. Estos son el foco de este documento por la posición y poder que actualmente ocupan en los sistemas de salud y la importancia que le asignan las comunidades, los tomadores de decisión y los medios de comunicación.

Esta necesidad de transformación se expresa de distintas maneras y en todos los ámbitos por los propios gestores de hospital y por quienes participan, desde diversas funciones, en el sistema de salud.

El presente documento es producto del debate y la reflexión conjunta de decenas de directivos de distintos niveles de los sistemas de salud en las Américas, interesados en avanzar hacia la salud universal y hacia redes integradas de servicios de salud y en redefinir el rol de los hospitales en este contexto. Con esta publicación buscamos difundir recomendaciones que abarcan aspectos esenciales de la gestión hospitalaria contemporánea y que permiten tener una visión positiva sobre el aporte y el futuro de los hospitales como componente importante de los sistemas de salud.

Mediante una revisión de aspectos conceptuales, la descripción de experiencias y la presentación de recomendaciones prácticas, el documento contribuye a identificar lo que los gestores de los sistemas de salud deben hacer en conjunto para transformar los hospitales en “hospitales en red”. Existe hoy una fuerte convicción de que la propia viabilidad de los hospitales y su sostenibilidad futura descansa en el trabajo en red y, al mismo tiempo, existe la convicción de que no será posible tener buenas redes integradas de servicios de salud con un fuerte primer nivel de atención si no se cuenta con hospitales trabajando en red y transformados.

Esperamos que las recomendaciones contenidas en este documento, aplicadas a cada realidad territorial, permitan acelerar los procesos de transformaciones que muchos ya están recorriendo.

James Fitzgerald

Director

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS

Amalia Del Riego

Jefa de Unidad de Servicios de Salud y Acceso

Departamento de Sistemas y Servicios de Salud
OPS/OMS



RESUMEN EJECUTIVO

En muchos aspectos, el análisis de las redes de servicios de salud y su integración desde el punto de vista hospitalario es un terreno que no se ha explorado suficientemente y, por lo tanto, es especialmente interesante y relevante en medio de los procesos de transformación del sector de la salud en su avance hacia la salud universal.

Los sistemas de salud enfrentan, en todos los países, importantes desafíos ante los cuales los Estados Miembros de la OPS han ido construyendo marcos conceptuales y estrategias para orientar su desarrollo. En los últimos años, la Organización ha publicado una serie de documentos a modo de guías para la tarea de fortalecer los sistemas de salud. Desde la divulgación del documento de posición *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, en el 2005, hasta la aprobación de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, en el año 2014, la Organización ha ido creando paso a paso conceptos, estrategias y marcos de acción para la transformación y el desarrollo de los sistemas de salud.

En el año 2007, la OPS lanzó la iniciativa de redes integradas de servicios de salud (RISS) para hacer frente a los problemas derivados de la fragmentación de los servicios de salud y superar los que son de carácter estructural, originados en la gran segmentación de los sistemas de salud en los países de la Región.

Tras publicar el documento *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*, desde algunos sectores se consideró que la propuesta de RISS requería un análisis más profundo y detallado de la realidad hospitalaria, incluida su función dentro de las propias RISS. Ese reclamo dio lugar a la iniciativa de preparar esta publicación.

Al analizar los elementos que determinan la configuración y el funcionamiento de los hospitales, no se puede eludir la discusión sobre el concepto tradicional de estos establecimientos que los sitúa como el centro en torno al cual gira la atención de la salud. Ese fenómeno se ha señalado expresamente en documentos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una realidad que atenta contra el adecuado funcionamiento de los sistemas de salud. Por otra parte, esa crítica ha llevado a muchos funcionarios de hospitales a adoptar una posición defensiva y reaccionar negativamente ante las propuestas basadas en la atención primaria de salud. Por lo tanto, cualquier nueva definición debe hacer ver que el cambio del statu quo contribuye a que la función del hospital sea positiva e indispensable y hace de él parte esencial de una RISS, para que esta última no se perciba como amenaza.

En la propuesta de RISS, los hospitales constituyen un agregado de instituciones especializadas que dan apoyo a un primer nivel de atención altamente resolutivo. El hospital en sí mismo aparece desfragmentado, lo cual es, teóricamente, correcto e innovador y en cierto sentido, hasta visionario. No obstante, la propuesta de RISS no trata de disminuir la influencia de los hospitales en el sistema de salud ni la importancia de su función en el día a día, por el contrario, trata de integrar estas instituciones de tal modo que todo su aporte esté alineado con las necesidades de las personas y las comunidades a través del desarrollo de las RISS. Se da por hecho que sin hospitales no puede haber RISS, pero también debe reconocerse que sin redes eficaces los hospitales no pueden cumplir su función.

En resumen, como parte de la propuesta de RISS, se presenta un cambio de la función asignada hasta hoy al hospital, que ya no se concibe como la cúspide de una pirámide en la que la jerarquía está dada por la especialización con el objeto de tratar con éxito las enfermedades. Por el contrario, el hospital pasa a ser un participante muy relevante de un servicio estructurado en red que desempeña determinadas tareas de un conjunto de procesos que cruzan una y otra vez la red de salud y en los cuales se integran las personas y las comunidades.

Producto de un intenso proceso de debate y construcción colectiva, este trabajo reúne una serie de propuestas en los seis ámbitos considerados prioritarios para el desarrollo de las nuevas funciones del hospital en RISS: gobernanza, asignación de recursos e incentivos, modelo de atención, tecnología e infraestructura, recursos humanos y organización y gestión.

Gobernanza

La expresión *gobernanza* se aplica a las RISS con el sentido de que lo que se busca es llegar a decisiones estratégicas de forma colectiva, de tal manera que permitan coordinar a distintos participantes y establecer reglas del juego compartidas que determinen el quehacer de cada una de las partes implicadas. En el caso de los hospitales, la gobernanza se aplica plenamente en la medida que se presupone que hay participantes relativamente autónomos en la organización y que sus mecanismos de coordinación requieren la elaboración de acuerdos y establecer la cooperación y que no basta con aplicar normas jerárquicas. A lo anterior, se agrega la necesidad de incorporar la visión de las comunidades y las poblaciones de la red, que en los arreglos institucionales tradicionales no participan de la discusión ni influyen en las decisiones sobre las funciones del hospital.

En el ámbito de la gobernanza, es esencial que la red lleve a cabo determinadas acciones, comenzando con la definición de sus objetivos sanitarios y sus líneas estratégicas. A continuación, de acuerdo con esos objetivos y planteamientos estratégicos, debería establecerse la cartera de servicios asociada a cada establecimiento o nodo de la red, de forma que se eviten duplicaciones y se asegure que se hace lo correcto en el lugar adecuado, con las competencias humanas requeridas y la tecnología apropiada y adecuada a criterios de costoefectividad. También deben construirse participativamente los procesos asistenciales principales, de forma que se asegure la integralidad y la continuidad de los cuidados y un flujo articulado de las personas por los distintos dispositivos o nodos de la red, así como buscar el alineamiento de las inversiones, los recursos humanos y el financiamiento hacia el logro de mayor impacto sanitario. Por último, es importante que ejerza el control de gestión de sus resultados y dé cuenta de ellos a la comunidad.

Asignación de recursos

La asignación de recursos al hospital y las actividades desempeñadas por ese último, son medios para lograr objetivos de salud y, por lo tanto, esas actividades no pueden ser definidas por el interés, la influencia o la apreciación particular de los profesionales hospitalarios. Por el contrario, es el gobierno de la red, con base en las necesidades principales de las personas y las comunidades a su cargo, el que tiene la responsabilidad de relacionar de manera formal los mecanismos de asignación al hospital con el cumplimiento de metas concertadas con el establecimiento. La finalidad es asegurar el funcionamiento óptimo de la red y la mayor eficiencia y eficacia posible del gasto en salud. La asignación de recursos y específicamente la configuración de los diversos mecanismos de pago, debe asegurar la sostenibilidad de los establecimientos a la vez que promueve un desempeño óptimo en los resultados esperados según las necesidades de las personas y las comunidades de la red, junto a mejoras continuas en la eficiencia y la calidad de los servicios.

La calidad debe garantizarse de manera permanente a través de procesos formales de licenciamiento y acreditación de la infraestructura, las tecnologías, la competencia de los recursos humanos y fundamentalmente, del trato a los usuarios y la seguridad de los procesos asistenciales.

La eficiencia y el desempeño hospitalarios deben medirse como oportunidad para la mejora y el intercambio de mejores prácticas. La eficiencia y la calidad, junto a la producción alineada con la red, son elementos cruciales que deben estar reflejados en la asignación de recursos.

Modelo de atención

Un tercer asunto clave para el hospital es determinar su aporte al modelo de atención al que responde la propuesta de RISS. Desde el punto de vista de las personas, el modelo de atención ideal es el que permite que cada persona, familia y comunidad cuente con un equipo de salud interdisciplinario cercano que le ayude a llevar una vida saludable y contribuya a resolver de manera integral y con su participación, la mayoría de los problemas de salud que les afectan. En el nuevo modelo de atención, los hospitales pueden concebirse como instituciones que coordinan componentes especializados de apoyo a un primer nivel de atención con capacidad resolutoria creciente. De ese modo, se ordena el funcionamiento del sistema en torno a la promoción de la salud, los servicios preventivos y las

acciones de curación, rehabilitación y cuidados de largo plazo que se dan principalmente cerca de la comunidad.

Así, los hospitales no se conciben como entes autónomos sino como parte de la red y apoyo al primer nivel de atención. El hospital en red debe, por lo tanto, responder a los requerimientos con la intermediación de los equipos de salud del primer nivel de atención. En esta nueva conceptualización, el objetivo debe ser ambulatorizar progresivamente las actividades asistenciales, acercarlas al hábitat de las personas y comunidades y alcanzar la continuidad en la experiencia del usuario a través de mecanismos y procesos eficaces de coordinación asistencial.

Tecnología e infraestructura

En materia de tecnología e infraestructura, la clave está en adquirir, en cada nivel de atención, lo que se necesita y no lo que el mercado pone a disposición del sistema (lo que se vende). Por lo tanto, es necesario que el gobierno de la red defina, de acuerdo con sus objetivos sanitarios, los criterios que deben orientar la adquisición de nuevas tecnologías para toda la red integrada.

Lo mismo ocurre con la infraestructura, que debe someterse a reglas claras para que la inversión se adecue a las necesidades y el ordenamiento de las RISS y se evite la sobreinversión. Cuando se trata de infraestructura hospitalaria es necesario contar con sistemas nacionales de priorización que consideren la pertinencia de cada establecimiento de acuerdo a su inserción en la RISS.

Recursos humanos

El desarrollo de los recursos humanos sigue siendo el tema principal que afecta el desempeño hospitalario, en particular, y de todos los servicios en general y, sin duda, requiere mayor atención cuando se trata de establecer redes integradas de servicios de salud.

Para abordar el tema del recurso humano en el hospital como parte de una red integrada e integral de servicios de salud es necesario incluir la perspectiva de la gestión del trabajo hospitalario y de la formación en salud, facetas clave de la gestión de RISS y del modelaje de los profesionales para el futuro de los sistemas de salud de cada país.

El trabajo hospitalario en la red se expresa como un campo de prácticas interprofesionales y trabajo colaborativo cuyo resultado final debería ser no solo el abordaje de la enfermedad, sino también el mantenimiento de la salud de la población. En este sentido, la organización del trabajo, la dotación del personal y su distribución constituye un factor estructurante de los procesos de producción de la salud. Es importante tomar en consideración que el desempeño del recurso humano del hospital en red está determinado por diversos tipos de contrato, remuneración e incentivos (salario por empleo público, pago por servicio o productividad) relacionados con los modelos de atención, gestión y financiamiento de cada país.

Contar con recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y orgullosos de su quehacer como parte de las RISS exige sólidos marcos de regulación y gestión de la calidad de la formación y la práctica profesional (basada en resultados) y de modelos de atención integradores organizados para el trabajo en red. Es necesario también tomar en cuenta las características especiales de los trabajadores de salud, sus necesidades de formación, las remuneraciones e

incentivos, y el carácter complementario y el trabajo en equipo, así como las funciones y los cargos que deben repensarse a la luz de las redes integradas.

Es indispensable además pensar el hospital como un espacio de formación y modelaje de las actitudes y prácticas de los profesionales, técnicos y trabajadores de la salud. En este momento el gran desafío es, justamente, superar la desconexión del hospital con las redes y la persistencia de un ejercicio profesional que privilegia la atención de alta complejidad sobre la atención primaria de salud.

Gestión del cambio

Finalmente, es necesario hacer recomendaciones para la gestión del cambio. Estas deben tener en cuenta los diversos estadios de desarrollo de los hospitales y del propio proceso de configuración de las RISS, y agrupar experiencias, conocimientos y datos que apoyen las transformaciones sugeridas.

La transformación de los hospitales requiere de especiales competencias de liderazgo por parte del equipo de gerencia, dadas las particulares características de sus profesionales. El cambio organizacional deberá promoverse teniendo en cuenta la cultura de la organización, pues si esta se desconoce surgirá una oposición que entorpecerá cualquier avance.





INTRODUCCIÓN

Avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud es la tarea más apremiante de los sistemas de salud de la Región de las Américas.

Existe acuerdo en que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal) implican que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud que necesiten a lo largo de su curso de vida y que esos servicios sean de calidad y no les creen dificultades financieras. Así, la salud universal es un objetivo progresivo y exigente, que requiere fortalecer los sistemas de salud mediante su transformación en sistemas basados en los valores y principios de la atención primaria de salud. La estrategia de salud universal tiene cuatro líneas específicas de reformas, basadas en evidencia, para lograr sistemas de salud fortalecidos (1) (figura 1). La primera de esas líneas aborda la necesidad de ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y en las comunidades. Parte de esa primera línea corresponde a las redes integradas de servicios de salud (RISS), que es la propuesta principal de los países de las Américas para reorganizar su atención en salud con el fin de proporcionar una variedad más amplia de servicios a un mayor número de personas. Para lograrlo, se requiere redefinir y mejorar la organización y gestión de los servicios de salud, en general, y de los hospitales, en particular.

El presente documento resume el debate en curso sobre la transformación de los hospitales desde su actual configuración hacia hospitales en red. Su objetivo principal es presentar las ideas surgidas de la discusión regional sobre el futuro de estos establecimientos de salud y delinear caminos para que los países de las Américas puedan avanzar en la construcción colectiva de una visión sobre cómo deben integrarse los hospitales en las RISS.

Figura 1. Líneas estratégicas para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. OPS, 2014.



En septiembre del 2005, reconociendo que “con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios...”, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se comprometieron a promover la integración de los valores y principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas de salud y al establecimiento de condiciones estructurales que permitieran la renovación de la atención primaria de salud (2).

Más tarde, en el 2009, el Consejo Directivo de la OPS “consciente de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) como estrategia fundamental para lograr las metas nacionales e internacionales de salud”, y “reconociendo que las redes integradas de servicios de salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud”, aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS (3).

Partiendo de lo anterior, aquí se toman en consideración, entre otros, los planteamientos del documento *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales (4)*, las discusiones que tuvieron lugar en los talleres de gerentes realizados en 28 países de las Américas, el resultado de los encuentros de especialistas realizados en Panamá a mediados del 2012 y en Barbados en octubre del mismo año, y los estudios realizados por la OPS sobre la opinión de los gestores en determinados países de la Región. Además, se resumen los resultados de una revisión bibliográfica sistemática sobre la evolución y tendencias futuras del hospital comisionada por la OPS a la Escuela Andaluza de Salud Pública (5).

Hay que tener en cuenta que gran parte de las propuestas e iniciativas están en ajuste permanente. Asimismo, surgen nuevas opciones a medida que el conocimiento, la tecnología, la sinergia interdisciplinaria y las demandas de la población ejercen presión en el sistema y moldean su transformación. El sector de la salud está cambiando constantemente y los hospitales aún más.

Finalmente, es necesario señalar que, en muchos aspectos, el análisis de las redes de sistemas de salud y su integración desde el punto de vista hospitalario es un terreno que no se ha explorado suficientemente y, por lo tanto, es una tarea especialmente interesante y relevante en medio del proceso de transformación que se está dando en el sector de la salud. Hoy, es posible conseguir documentación y experiencias valiosas de los gestores hospitalarios y de los expertos en la realidad de nuestros países, que son quienes hacen que estos servicios funcionen. Construir posturas comunes y lograr acuerdos para la transformación del sistema es una tarea impostergable.

CAPÍTULO 1



LOS SISTEMAS DE SALUD Y SUS DESAFÍOS

Los sistemas de salud se enfrentan a la necesidad de dar respuesta a múltiples exigencias relacionadas con los numerosos cambios del entorno de las últimas décadas, entre los que se destacan: los cambios demográficos y epidemiológicos, la aparición rápida de nuevas tecnologías, los cambios en las necesidades y preferencias de las personas, el incremento en los costos de producción de los servicios, los requerimientos de aporte a la equidad y la cohesión social, los cuestionamientos a la calidad y seguridad de las prestaciones, las dificultades relacionadas con la disponibilidad de recursos humanos calificados y la preocupación de los países por garantizar el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud. Todos esos elementos han creado la necesidad de replantear el funcionamiento de los sistemas de salud.

Es sabido que los sistemas de salud, por sí solos, no explican el mejoramiento de la calidad de vida; como también es cierto que gran parte de las hospitalizaciones se deben a un fracaso previo del sistema social y de salud. Estas reflexiones llaman a realizar cambios profundos en el quehacer de los establecimientos de salud, que tienen un largo camino por delante para dejar de centrarse en las funciones exclusivas de curar y rehabilitar el daño y convertirse en servicios capaces de ofrecer prevención y mantener a la población sana. Dicho de otro modo, deben dejar de concentrarse en salvar vidas en una fase avanzada de la enfermedad, cuando el daño ya es mayor (sin abandonar esa función insustituible), para tratar de cuidar la vida de forma preventiva, además de trabajar para que todo el sistema social funcione con el mismo fin. Un cambio de esa naturaleza no puede atribuirse a un tipo de servicio de salud en particular, sino que modifica el paradigma organizativo y la forma en que se asignan los recursos necesarios para cumplir con los objetivos del sistema de salud.

La disponibilidad de recursos también guarda relación con la demanda de la sociedad, y en particular en la Región de las Américas, para lograr mayor cohesión social y eliminar la inequidad



que afecta a nuestras comunidades. En ese sentido, la salud cumple una función que no puede obviarse, lo que crea la necesidad de que los sistemas sean más eficientes, eficaces, equitativos y pertinentes. El sector salud debe ocupar un lugar protagónico en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de la población, ajustándose a los valores de equidad y solidaridad, reconocidos como núcleo de la estrategia de atención primaria de la salud.

Para lograr equidad se requieren políticas que permitan la mejora de los mecanismos de aseguramiento de la atención de salud en el marco de los sistemas de salud, evitando su segmentación. Por lo tanto, no puede menos que aspirarse al acceso universal a la salud y su cobertura total. Estas ideas son hoy motivo de mucho debate y hay propuestas sobre el tema en pleno desarrollo.

La antítesis de lo anterior es la fragmentación de los servicios de salud, su mercantilización y el hecho de que tales servicios giran en torno al hospital, todas características contrarias a los objetivos de un buen sistema de salud (6). En particular, la fragmentación de la provisión de atención de salud se ha señalado como uno de los principales problemas que deben afrontar los países que buscan mejorar el desempeño de los servicios. Esa fragmentación lleva a malgastar recursos y disminuye la calidad técnica, afecta negativamente al acceso a las prestaciones y reduce la satisfacción de los usuarios.

Múltiples reuniones y declaraciones sobre este tema demuestran que hay un sólido consenso en favor de los sistemas de salud integrados, con acceso y cobertura universales, anclados en los valores fundamentales de la atención primaria de salud. Basándose en esos acuerdos, la OPS promueve la iniciativa de RISS, validada en consultas técnicas y reuniones de expertos en más de 30 países de las Américas y aprobada por resolución del Consejo Directivo de la Organización en el año 2009 (3).

CAPÍTULO 2



LA INICIATIVA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Para hacer frente a los problemas causados por la fragmentación de los servicios de salud y superar los que son de carácter estructural, originados en la gran segmentación de los sistemas de salud en los países de la Región, la OPS puso en marcha la iniciativa de RISS. El proceso se inició con la documentación de experiencias obtenidas en diversas realidades nacionales y subnacionales.

La Organización define las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (3). Esta definición proporciona el marco conceptual de la agenda regional sobre los hospitales en las RISS.

Las RISS son la expresión operativa del abordaje de atención primaria de salud en los servicios de salud, puesto que contribuyen a hacer realidad algunos de sus elementos esenciales: ser para la población el primer contacto con los servicios de salud y dar atención integral, integrada y continua, cuidado apropiado y orientación familiar y comunitaria. También es un mecanismo idóneo para ampliar la oferta de servicios integrales y de calidad con miras a la salud universal.

2.1 Atributos esenciales de las RISS

Dada la diversidad de contextos de los sistemas de salud de las Américas, no se puede aplicar un modelo único a todas las situaciones. Aun así, es posible señalar una serie de características que siempre deben estar presentes en las RISS y que relacionan con cuatro grandes ámbitos: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación de recursos e incentivos (figura 2).

Figura 2. Atributos esenciales de las RISS, según el ámbito de abordaje



2.2 Consideraciones preliminares sobre la propuesta de RISS y los hospitales

Al definir atributos que pueden alcanzarse mediante diferentes arreglos institucionales y normativos, la propuesta de RISS permite plantear un camino acorde con la realidad nacional, con el fin de resolver los problemas de fragmentación de los sistemas de salud. Esa flexibilidad es una fortaleza importante, pero requiere indicadores precisos que confirmen los avances en cada uno de los atributos. De no ser así, la diversidad de opciones puede convertirse en un laberinto de medidas que impidan avanzar en la dirección deseada.

Uno de los principales inconvenientes que se observa en la cultura de los gerentes es su resistencia a las redes. En efecto, las redes, en políticas públicas, se definen como “patrones más o menos estables de interacción entre participantes autónomos e interdependientes, con el fin de resolver problemas específicos y poner en marcha programas comunes” (7). Las redes no son jerarquías y no se debe pretender que una de sus partes ejerza un mando directivo tradicional sobre otro.

Las redes se basan en la interdependencia, la colaboración y la cooperación para lograr objetivos comunes. La gestión de la red no debe buscar la disciplina a corto plazo, sino la confianza en la capacidad de obtener resultados a largo plazo. Por esa razón, uno de los principales desafíos es el de incorporar los objetivos comunes y de largo plazo de la red en los incentivos, ya que suelen perderse de vista en la gestión cotidiana de los establecimientos.

Por estas consideraciones y otras que se tratarán a lo largo del documento, la propuesta de RISS requiere un análisis más profundo y detallado de la realidad hospitalaria, incluida su función. En la propuesta de RISS, los hospitales constituyen un agregado de instituciones especializadas que dan apoyo a un primer nivel de atención altamente resolutivo. El hospital en sí mismo aparece desfragmentado, lo cual es teóricamente correcto e innovador y, en cierto sentido, hasta visionario. La propuesta de RISS no trata de disminuir la influencia de los hospitales en el sistema de salud ni la importancia de su función. Por el contrario, trata de integrar estas instituciones de tal modo que todo su aporte esté alineado con los intereses generales del desarrollo de las RISS. Se da por hecho que sin hospitales no puede haber RISS, pero también se reconoce que sin redes eficaces los hospitales no pueden cumplir su función.

CAPÍTULO 3



LA FUNCIÓN DE LOS HOSPITALES EN LAS RISS

Hace ya varias décadas, los especialistas en el tema comenzaron a poner atención sobre la función de los hospitales como parte de un sistema más amplio de atención a la salud. Así, en una definición de 1957, la OMS establecía que “el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial” (8).

Diez años más tarde, amplió sus reflexiones y señaló que este concepto de mediados del siglo pasado rebasa la idea tradicional del hospital como lugar para el tratamiento de la persona, sobre todo de las personas internadas:

“En efecto, concibe el hospital como parte de un sistema integrado de medicina preventiva y curativa y como una institución dedicada no solo al tratamiento del paciente internado, sino también a apoyar a la atención ambulatoria y domiciliaria. Su importancia histórica, la inversión de capital que representa, la alta calidad de la atención médica que ofrece y la excelente preparación de su personal dieron lugar a que el hospital fuese considerado, hasta ahora, una institución muy especial, de un nivel y prestigio más elevado que otros elementos del servicio de salud. Si el hospital ha de cumplir su destino en el mundo moderno, ya no puede ser considerado una ‘torre de marfil’, sino que debe establecer y mantener relaciones estrechas y cordiales con los médicos generales, los de salud pública y las visitadoras de salud y los trabajadores médico-sociales, los médicos de higiene industrial y las enfermeras de higiene del trabajo y los restantes funcionarios de salud de la comunidad a la que presta servicios. Es más, debe hacer todo lo posible para hacerse conocer por los miembros de esa comunidad y ganarse su simpatía” (9).

A pesar de la alerta sobre la necesidad de eludir la concepción de torre de marfil, es evidente que la fragmentación se instaló como un factor que atenta contra el buen desempeño de los sistemas de salud.

3.1 Definición de hospital

En el análisis de la función de los hospitales como parte de las RISS, y habiendo aceptado que nos encontramos ante situaciones que se han replicado durante décadas cuya resolución es cada vez más apremiante, es necesario aclarar el concepto y significado del vocablo *hospital*. En las Américas hay diversos establecimientos de salud llamados *hospitales*, muy distintos de un país a otro, por lo que debe partirse de la idea de que no existe un concepto ni una categoría únicos de hospital. Sin embargo, para su abordaje en este documento, se utilizará el concepto clásico de hospital general moderno, que lo describe como un establecimiento de salud con varias decenas o centenas de camas, compuesto de una serie de departamentos médicos, quirúrgicos y de especialidades, que cuenta con un servicio de urgencias, consultas externas de especialidades y servicios de internación y que tiene como parte de su responsabilidad satisfacer las necesidades de una población de entre 50 000 y varios cientos de miles de personas.

Si bien el contenido de este documento puede adaptarse a distintas realidades hospitalarias, se optó por un concepto amplio y genérico de hospital, sin considerar los hospitales especializados (por ejemplo, psiquiátricos o de tuberculosis), los de larga estancia o los que no internan personas (hospitales de día, hospitales sin camas).

No obstante, en el momento de analizar el hospital en red no se pueden ignorar las tendencias observadas en la evolución de estas infraestructuras y los servicios que prestan, por lo que sigue abierta la discusión acerca de qué constituye el núcleo de la definición del hospital con relación a las RISS. En ese núcleo se deben considerar los componentes propios de un hospital e incorporar progresivamente los servicios que alguna vez fueron hospitalarios, pero que actualmente son autónomos o se han independizado del hospital, como los centros de diálisis, los laboratorios, los centros de diagnóstico radiológico a distancia y los bancos de sangre, entre otros.

3.2 Tendencias que prevalecen en un hospital

El análisis de la función del hospital puede hacerse desde dos puntos de vista. El primero tiene al hospital como nodo de una red centrada en la persona a la que busca, en primer lugar, mantener sana y luego, cuando se haya producido un daño a su salud, curarla mediante el uso costoeficaz de los recursos y con alta satisfacción del usuario. Este ha sido el tema principal de discusión en torno a las RISS. El segundo punto de vista parte del nodo en sí mismo, acercándose a él y observando lo que ocurre en su interior, incluido su funcionamiento y la medida en que el hospital responde a las exigencias externas, ya sea las que surgen de la propia RISS o las que se crean en sus relaciones con el mundo universitario, científico y la industria tecnológica y farmacológica.

Dentro de esta lógica, es útil ver el funcionamiento de un hospital como una burocracia profesional (10) que se caracteriza, entre otras variables, por su principal mecanismo de coordinación, que no es otro que la normalización de las habilidades de las personas involucradas en la prestación de los servicios (por ejemplo: dentro del quirófano, un profesional debe tener certeza

absoluta sobre el proceder del otro), lo cual se logra con años de preparación y experiencia de estas personas. De esa manera, este tipo de organización no se conforma en torno a la supervisión directa ni a la normalización jerárquica de los procedimientos, como en las organizaciones burocráticas tradicionales, ni mediante la adaptación mutua, como en las organizaciones de carácter menos formal, sino en torno a la estandarización de esos procedimientos de acuerdo con criterios profesionales.

Los hospitales continúan siendo burocracias, pero con un alto grado de autonomía del núcleo operativo, que es donde se produce esa fuerte normalización de las habilidades de acuerdo con las exigencias de los propios procesos de atención. Por este motivo existen normas de conducta o formas de proceder dictadas por organismos externos, como las universidades, los colegios profesionales o las sociedades científicas que, en muchas ocasiones, para los profesionales que componen el equipo del hospital, tienen más sentido que la norma impuesta por la supervisión directa. En realidad, la normalización de las prácticas esta orientada por las necesidades de las personas y las comunidades señaladas en los objetivos sanitarios de la red. Lo anterior es posible construyendo participativamente protocolos y guías clínicas para los procesos asistenciales principales de la red, involucrando y articulando a todos los actores de la red que guardan relación con dichos procesos. La existencia de guías nacionales debe ser la base a partir de la cual se hacen adaptaciones locales, en red, para ajustarlas a los requerimientos de procesos integrados y articulados entre el domicilio, el primer nivel de atención y el hospital en cada contexto particular.

El poder de estas organizaciones surge del conocimiento especializado del profesional y de su convicción de que su trabajo es demasiado complejo para que sea supervisado por directivos o normalizado por analistas de otras disciplinas. También tienen la certeza de que existe una fuerte demanda por sus servicios, lo que le brinda movilidad profesional y le permite exigir autonomía. Por estos motivos, en muchos casos el profesional tiende a identificarse más con su profesión que con la institución a la cual pertenece.

Cuando la parte operativa se percibe en sí misma más como vértice que como base de la organización, el administrador profesional o jefe de servicio tiene poco margen de maniobra y si bien ese profesional no necesariamente es elegido por los clínicos, debe contar con su anuencia y con ellos ha de compartir códigos y, casi siempre, profesión. A pesar de ello, al administrador profesional se le asigna la responsabilidad de dirigir a profesionales que con frecuencia no funcionan como subordinados, lo que implica el desarrollo de especiales competencias para ejercer un liderazgo flexible, adaptativo y participativo.

En cuanto a las decisiones sobre el uso de tecnología o las prioridades relacionadas con la investigación, la docencia y la formación continua, se observa algo similar. La aspiración de contar con nuevas tecnologías, fuertemente promovidas por la industria y que siempre parecen representar avances muy significativos, no necesariamente se encuentra alineada con las prioridades de la población que se atiende en la red ni con las mejores evidencias disponibles. Lo mismo ocurre con la selección de temas de investigación o docencia en los hospitales. Es el caso de la búsqueda constante relacionada con síndromes raros y el poco tiempo relativo destinado a enfermedades de alta prevalencia entre la población en general.

Al analizar los elementos que influyen en los hospitales, se debe incluir la discusión de la tendencia a considerar a esos establecimientos como el centro en torno al cual gira la atención de

la salud. Ese fenómeno se ha señalado expresamente en documentos recientes de la OMS (6) como una macro-tendencia que atenta contra el establecimiento de buenos sistemas de salud. Por otra parte, esa crítica ha llevado a muchos funcionarios de hospitales a adoptar una posición defensiva y reaccionar negativamente ante las propuestas basadas en la atención primaria de salud. Por lo tanto, cualquier nueva definición debe reconocer el aporte del hospital como positivo e indispensable y hacer de él parte esencial de una buena RISS, para que no se perciba esta última como una amenaza desde los propios hospitales.

En resumen, como parte de la propuesta de RISS se produce un cambio de la función asignada hasta hoy al hospital, que ya no es la cúspide de una pirámide en la cual la jerarquía estaba dada por la especialización con el objeto de tratar con éxito las enfermedades. El hospital pasa a ser un participante relevante, con determinadas funciones asignadas dentro de un conjunto de procesos que cruzan una y otra vez la red de salud y en los cuales se integran las personas y la comunidad.

3.3 Gestión hospitalaria

Existen numerosas publicaciones en las que se desarrollan los aspectos clave de la gestión hospitalaria. Así, los antiguos planteamientos de recursos humanos aparecen ahora tratados de una manera más moderna, en la que se consideran la gestión por competencias y la necesidad de promover un buen clima laboral, al igual que se ahonda en la gestión del recurso médico y de la atención de enfermería (11). Ya es frecuente encontrar documentación sobre experiencias de reordenamiento del trabajo hospitalario e incluso propuestas (12) y experiencias de modificación de su estructura y arquitectura en función de la atención y los cuidados que requiere la persona y no de la especialidad médica a la que pertenece la afección que origina su internación (13). También se han documentado experiencias que integran el trabajo clínico al de la administración y de reorganización en función de contratos o acuerdos de gestión, procesos asistenciales y propuestas de gestión clínica, lo que no era común antes de la década del 2000 (14). Por otra parte, se fomenta la planificación estratégica, la gestión basada en resultados y la rendición de cuentas y cada vez hay más bibliografía disponible sobre adquisiciones multihospitalarias, la gestión delegada de servicios de apoyo, la generación de servicios extramuros y la construcción de centros de alta capacidad resolutive sin internación (15).

Con respecto a los sistemas de información, también hay mucha experiencia y una gran industria de apoyo mediante tecnologías de variado alcance y utilidad. Además, existe amplia bibliografía sobre la calidad de los servicios hospitalarios y una preocupación creciente por la judicialización de los conflictos con las personas con relación a la prestación de servicios de salud. Asimismo, merece mención especial la preocupación creciente por la geriatría y la gestión de la atención de las personas con enfermedades crónicas, así como el interés por los servicios de cardiología y oncología, todo lo cual obedece a cambios demográficos y epidemiológicos. La organización de servicios farmacéuticos basados en atención primaria plantea también la necesidad de una modificación en la perspectiva gerencial que aborde las nuevas definiciones. Este nuevo abordaje con funciones y enfoque de atención primaria de salud se diferencia claramente de la práctica farmacéutica tradicional y requiere ajustes imprescindibles en la forma de gestionar los servicios.

3.4 Requerimientos a las RISS desde el punto de vista del hospital

Al redefinirse la función de los hospitales en las RISS y ver de qué modo responden con calidad y eficiencia a las necesidades y demandas de la población a la que atienden y teniendo en cuenta la interdependencia entre los establecimientos de la red, habrá que preguntarse también cómo afectará la red al hospital. La discusión parte de la base de que no habrá buenas RISS sin hospitales, pero también de que no habrá hospitales que maximicen su aporte a la sociedad si no se integran en una lógica de RISS. Y para que esto último ocurra deben tomarse en cuenta los requerimientos hospitalarios al configurar la red.

Los aspectos de la red más importantes, desde el punto de vista del hospital que busca participar en ella, pueden expresarse de la siguiente forma:

- ◆ La población debe tener una cobertura adecuada de servicios de promoción de la salud y prevención de riesgos, con el fin de anticipar los daños y evitar la búsqueda tardía de atención hospitalaria.
- ◆ El trabajo profesional en el primer nivel de atención debe ser competente y tener capacidad resolutive para evitar derivaciones innecesarias.
- ◆ Este primer nivel, además, debe dar respuesta a los siguientes aspectos:
 - Estar disponible 24 horas al día con recurso humano suficiente y tecnologías sanitarias para dar atención continua y resolutive.
 - Dar seguimiento en terreno a las personas dadas de alta para evitar recaídas y reingresos.
 - Contar con mecanismos de información clínicos y administrativos fidedignos.
 - Tener recursos fuera del sector que permitan dar apoyo a los casos socialmente complejos para los cuales el hospital no está preparado.
 - Tener capacidad de reacción en situaciones que amenazan la salud pública.

En el recuadro 1 se presenta el ejemplo de Saint Kitts y Nevis respecto de sus hospitales y la atención primaria de salud.

Recuadro 1. Función de los hospitales en la atención primaria de salud: consideraciones clave para el sistema de salud de San Kitts y Nevis

En Saint Kitts y Nevis, los hospitales son propiedad del Estado y, por lo tanto, elementos del sistema nacional de salud. Sin embargo, y a pesar de las mejores intenciones, los resultados de la red de servicios han sido insuficientes, algo que ha derivado en quejas de los usuarios, tarifas no reglamentadas, preocupación de los trabajadores de salud por las condiciones laborales y utilización inapropiada y asimétrica de los servicios. El organismo rector de la salud se ha comprometido a buscar soluciones que respondan y superen las expectativas de la población, proveedores y financiadores.

El Ministerio de Salud desarrolla y actualiza sus estructuras y procesos para hacerlos más integrados, orientados a la población, de alta calidad y dirigidos a lograr resultados validados por indicadores de desempeño apropiados. La filosofía organizacional se centra

en el liderazgo participativo y un compromiso firme con los valores, principios y elementos de la atención primaria de la salud.

En el análisis final, lo que más importará al sistema de salud es que las personas reciban, perciban e informen satisfacción con los servicios. La meta es prestar una atención coherente con las necesidades de las personas y continuamente de mejor calidad, independientemente del lugar donde se presten los servicios. Esto no debe verse como un planteamiento teórico, sino como un imperativo político fundamental.

Enunciado de responsabilidad

El Ministerio de Salud reconoce su rectoría en salud, que se define como “el ejercicio y la articulación simultánea de la administración política y técnica, que incluye el liderazgo, la formulación de políticas, la regulación y la garantía de cobertura universal, con el fin de facilitar el acceso universal a los servicios de salud integrando su prestación”.

Enunciado de rendición de cuentas

Es función indelegable e ineludible del Ministerio de Salud definir, planificar y reglamentar el sistema nacional de salud como una RISS con base en modelos nacionales, regionales e internacionales. Los atributos asociados a resultados son los siguientes:

1. Liderazgo y gobernanza eficaz: marco legal, de políticas e institucional sólidos, programas caracterizados por un diseño inteligente, normas de desempeño, la construcción de consensos y la supervisión.
2. Financiamiento adecuado, predecible y sostenible. Este atributo implica movilizar fondos suficientes para llevar a cabo las actividades de atención de salud y asignarlos de forma que se garanticen a las personas los servicios que necesitan y la protección de la ruina financiera inducida por gastos de enfermedad.
3. Prestación de servicios con orientación a la calidad, es decir, servicios centrados en las personas, eficaces, eficientes, que respondan a las necesidades, apropiados y seguros. Aquí se incluye la aplicación de medidas para garantizar el desempeño de los proveedores y su evaluación continua.
4. Recursos humanos adecuados. Se refiere a asegurar una fuerza laboral competente, motivada, receptiva, productiva, suficiente en número y competencias y apropiadamente distribuida.
5. Recursos adecuados: compra y distribución de suministros suficientes de medicamentos esenciales, vacunas, medios de diagnóstico y otras tecnologías de calidad garantizada; aseguramiento de su uso basado en evidencia científica y de forma costoeficaz.
6. Un buen sistema de información de salud, es decir, un sistema para el manejo de datos relacionados con la salud que permita disponer de información oportuna y fidedigna acerca de los determinantes de la salud, el desempeño del sistema sanitario y el estado de salud de la población, y que aporte información para la toma de decisiones basada en evidencia.

Tareas prioritarias

1. Defender continuamente los valores de la integración y la construcción de una cultura de aprendizaje, interdependencia, colaboración y excelencia, con el apoyo de un buen marco jurídico y de políticas.
2. Elaborar y aplicar políticas y planes específicos de integración para mejorar la gobernanza de los hospitales y los establecimientos comunitarios.
3. Identificar y aprovechar nuevos flujos de financiamiento con inversión apropiada y dedicada a mejorar la capacidad y estética de los establecimientos y servicios de la comunidad, para mejorar su atractivo y utilización.
4. Elaborar y poner en práctica protocolos en toda la red para garantizar que en los hospitales y los centros comunitarios:
 - a) la atención, el tratamiento y los servicios de apoyo sean de calidad;
 - b) el flujo de personas y sus datos médicos se coordinen de forma ininterrumpida;
 - c) la gestión y el desempeño de los proveedores de atención sean evaluados continuamente;
 - d) la utilización de los recursos humanos y materiales se evalúe a la luz de los objetivos y las conductas acordadas para la red y el sistema;
 - e) el flujo de datos e información sea uniforme y bidireccional para mejorar la toma de decisiones y la reorientación de políticas, planes, instituciones y programas, que sean guiados por la retroalimentación.

Dr. Patrick Martin

Director General de Salud

Ministerio de Salud, Saint Kitts y Nevis, 2012

CAPÍTULO 4



LOS HOSPITALES Y SUS DESAFÍOS

Con el fin de que sigan adelante su transformación para integrarse en red, los hospitales deberán resolver obstáculos importantes. Durante la discusión que dio origen a este documento se abordaron numerosos temas que son esenciales para la gestión del proceso de transformación y se llegó a un consenso para agrupar los más relevantes en torno a seis temas. Estos ejes temáticos son relativamente habituales en los textos de transformación de los sistemas de salud, pero aquí se enfocan desde la particular óptica de un hospital que debe integrarse a una concepción de red, lo que le da una mirada nueva que se aleja del hospital como unidad de negocio aislada o como ente autónomo.

Esta selección de seis temas implica una priorización que, por ser fruto de un acuerdo entre expertos de diversos países muy diferentes entre sí, no se ajustará completamente a todas las realidades de la Región, y cada lector deberá realizar un esfuerzo de adaptación a su realidad local en mayor o menor medida. En todo caso, se recogen desafíos que son ineludibles para contar con hospitales en red. En primer lugar, se presentan los aspectos de gobernanza, asignación de recursos e incentivos y modelo de atención. Estos tres elementos están claramente ligados a aspectos centrales de la estrategia de salud universal. Luego se agregan tecnología e infraestructura, recursos humanos, y organización y gestión, que son tres elementos transversales constituyentes de los sistemas de salud, que aquí se analizan aplicados a la realidad hospitalaria.

4.1 Gobernanza

En primer lugar, es necesario indicar qué se entiende aquí por gobernanza y, en particular, su aplicación a la salud. La gobernanza se define como “un proceso que implica la formulación de la misión, visión y valores de una organización, sus objetivos estratégicos y el sistema de monitoreo, así como el desarrollo de las estrategias para conseguirlos” (16). En el caso de la salud, una definición

la describe como los procesos de toma de decisiones estratégicas que afectan de forma directa o indirecta al sistema de salud, donde “los actores estratégicos utilizan recursos de poder para influir en la toma de decisiones” (17).

La expresión *gobernanza*, por lo tanto, se aplica perfectamente a las RISS, en el entendido de que se trata de alcanzar la toma de decisiones estratégicas colectivas que permitan coordinar a distintos participantes y crear reglas del juego compartidas que determinen el quehacer de cada uno de ellos. Estas decisiones operan sobre diferentes opciones de organización estructural. En el caso de los hospitales, la gobernanza se aplica plenamente, en la medida en que se presupone que hay participantes relativamente autónomos en la organización y que sus mecanismos de coordinación requieren la elaboración de acuerdos y la cooperación y que no basta con aplicar normas jerárquicas. A lo anterior, se agrega la necesidad de incorporar la visión de las personas y las comunidades con las que interactúa la red, que en los arreglos institucionales tradicionales no participan de la discusión ni influyen en las decisiones sobre las funciones del hospital.

Para evitar la confusión de conceptos, es pertinente recordar otras dos expresiones que suelen equipararse a la gobernanza, pero no significan lo mismo: *governabilidad* y *gobierno*. La primera se refiere a la posibilidad efectiva de que las reglas del juego se cumplan de manera estable y con la aceptación de todos. Es decir, presupone una situación de equilibrio que permite gestionar las tareas y hacer frente de manera positiva a los conflictos que puedan surgir. A su vez, gobierno es la facultad, ya sea de la institución o el individuo que tiene la función de gobernar, de tomar decisiones. En el caso de una RISS, puede ser una instancia colectiva; en el del hospital, en la mayoría de los casos es su director y su equipo inmediato.

Como se señala en el documento *La gobernanza en las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina* (16), lo importante es “entender la necesidad de una buena gobernanza que asegure niveles óptimos de gobernabilidad y que facilite el ejercicio de las funciones de gobierno”.

4.1.1 Diferencia entre la gobernanza de las redes y la de los hospitales

En el caso de las RISS, su gobernanza es clave para lograr los objetivos de salud y, por lo tanto, es uno de sus atributos esenciales. La postura de la OPS es que las RISS, para ser tales, deben tener un sistema de gobernanza único.

Al discutir este tema, se ha planteado que la buena gobernanza tiene prioridad máxima en las RISS. Según esa posición, si los hospitales tienen una gobernanza propia muy fuerte, podrían surgir arreglos internos opuestos a la conformación de una red y, por ello, es preferible potenciar la participación y adaptación del hospital a la gobernanza de toda la red. Sin perjuicio de que esta sea una discusión abierta, Artaza (18) plantea una serie de aspectos que permiten diferenciar la gobernanza de la red de la gobernanza de los hospitales de la red (recuadro 2).

En vista de lo anterior, para que haya buena gobernanza en el hospital y en la red, se debe generar una institucionalidad en la que las decisiones no respondan solamente al interés de grupos internos, líderes informales o el director del hospital, sino que incorporen también la visión de las personas y las comunidades implicadas. Esta integración debe realizarse de modo tal que se dé un equilibrio que facilite el logro de los objetivos que la red espera del hospital a corto, mediano y largo plazo.

Partiendo de una gobernanza así descrita se ha propuesto la conformación de verdaderos gobiernos corporativos para los hospitales, que deberían incorporar, a modo de junta de administración o consejo directivo, a los representantes de la población y las instituciones de la comunidad, que conjuntamente pueden representar el interés general. Las funciones de ese tipo de gobierno tienen por objeto precisamente hacer viable la buena gobernanza de la red y establecer mecanismos de control que eviten la primacía de los intereses de los grupos internos. Existen experiencias en el establecimiento de juntas directivas, consejos locales ciudadanos, consejos de gestión y otras modalidades de gobierno en las que se ha aplicado esa solución, pero aún falta investigación para respaldar propuestas específicas sobre gobierno corporativo de hospitales que sean concordantes con una buena gobernanza en las RISS.

Otro mecanismo propuesto para contribuir a alinear al hospital en una lógica de redes es el de la acreditación externa. Si bien esta puede ser una ayuda importante en la medida en que esté bien diseñada, su carácter esporádico y la lejanía del trabajo cotidiano no le permiten reemplazar totalmente al gobierno corporativo y la gestión participativa constituidos dentro del hospital.

Uno de los aspectos que requiere especial atención es la inserción de las decisiones de inversión en un sistema de gobernanza más amplio, tal y como se señala más adelante en el apartado correspondiente. Las decisiones estratégicas sobre nuevas inversiones y su ejecución requieren gran fortaleza técnica en la red y la creación de acuerdos estables.

Por último, por su relevancia, debe mencionarse el desarrollo de liderazgo interno para la gobernanza y de una visión de hospital en red. La capacidad de liderazgo y las habilidades gerenciales relacionales se convierten en un activo significativo cuando se trata de establecer acuerdos y lograr su cumplimiento.

Recuadro 2. Características de la gobernanza de una red integrada de atención de la salud y la gobernanza de un hospital en red

Característica	Red integrada	Hospital
Gobernanza	Define los objetivos de salud para su población, teniendo en cuenta las prioridades nacionales; asigna funciones a las distintas instituciones de salud que conforman la red. Define una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.	El órgano de gobernanza del hospital debe poder constatar que se encuentra alineado con la red y traducir los objetivos y estrategias generales en el quehacer de corto y mediano plazo de la institución.
Participación	Debe tener una visión más general de la población a cargo y moderar la evolución de las expectativas y la satisfacción de los usuarios. Debe crear instancias de control social, transparencia y rendición de cuentas pública.	Debe definir las políticas de participación de los usuarios y los ciudadanos, crear también las instancias de participación de las personas usuarias y dar transparencia a su relación con las universidades y la industria.

<p>Cartera de servicios</p>	<p>Deberá definir la cartera de servicios y las propuestas de desarrollo para cada establecimiento de la red, lo cual también exige definir qué cosas se deben priorizar y cuáles se deben dejar de hacer. Esto requiere una fuerte competencia clínica entre los participantes.</p>	<p>Debe tener la capacidad de hacer ajustes internos que le permitan programar la cartera de servicios requerida por la red y cumplir con objetivos de salud y financieros, así como la capacidad para participar en el diseño de los procesos asistenciales de la red y adaptar su organización y procesos internos al diseño concordado.</p>
<p>Gestión</p>	<p>Deberá fijar los flujos de referencia y contrarreferencia, así como los sistemas de información asociados. También tendrá que definir los sistemas de control, evaluación y retroalimentación, y coordinar los procesos logísticos y asistenciales integrados en red. Deberá establecer los mecanismos de asignación de recursos y ligarlos a resultados de producción, eficiencia y calidad. Esto requiere un énfasis en componentes de gestión clínica.</p>	<p>Define los mecanismos para desarrollar el talento humano, aplicar las tecnologías, asignar internamente los recursos, posicionarse y establecer la imagen corporativa.</p>

4.1.2 Recomendaciones sobre gobernanza

En el proceso de constituir hospitales en RISS se recomienda especialmente tener presentes los siguientes elementos:

- ◆ Asegurar la gobernanza de la red. Es particularmente importante que el hospital se sume a las instancias de gobernanza en red y que esta tenga prioridad. Asimismo, es crucial que la planificación y los acuerdos estratégicos sean claros y se compartan.
- ◆ Establecer acuerdos de trabajo con un componente clínico fuerte. Habrá que construir acuerdos concretos sobre las responsabilidades específicas y las condiciones de la relación con cada profesional en el continuo de la atención, principalmente con respecto a las derivaciones, el flujo de las personas, las afecciones y situaciones prioritarias, y las atribuciones resolutorias, priorizando el aumento de la capacidad resolutoria en el primer nivel.
- ◆ Contar con otros espacios de fortalecimiento del trabajo conjunto que sean productivos y refuercen el proceso, por ejemplo: intercambio de servicios, compras conjuntas para aprovechar economías de escala y ajuste de la oferta a las necesidades de la población que se atiende en la red.
- ◆ Dedicar tiempo y recursos a la generación de competencias y capacidades de liderazgo, gestión del cambio y construcción de la gobernanza.
- ◆ Desarrollar normativas específicas que ordenen la estructuración de la red y fijar los elementos básicos de la misión (el para qué de la red) y los que tienen que ver con la forma de articularse, así como las funciones de cada componente.

4.2 Asignación de recursos

La OMS ha hecho un llamado a la transición hacia sistemas más equitativos de financiamiento y a innovar en cuanto a la recaudación de recursos y la manera de asignarlos. Una de las principales preocupaciones es evitar el despilfarro, específicamente el asociado a medicamentos y a prestaciones con apoyo de tecnología (19). En la presente sección se aborda la asignación de recursos y los mecanismos de pago a los establecimientos de salud. No se tratarán los asuntos relativos al financiamiento del sistema, que tienen que ver fundamentalmente con la forma de conseguir los recursos para el sector de la salud y sus establecimientos de atención, generalmente a partir de una combinación de impuestos, cotizaciones a seguridad social y pago directo. Del mismo modo, se dan por conocidos los argumentos sobre la mayor eficiencia que se obtiene cuando los hospitales trabajan en RISS que se presentaron durante la discusión y aprobación de esta política regional (3).

En el momento de hablar sobre la asignación de recursos desde el punto de vista señalado, nos encontramos ante dos problemas. Por un lado, los hospitales son grandes consumidores de recursos. A pesar de que las políticas enunciadas tengan por objeto el fortalecimiento de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en la práctica se observa que mucho más de la mitad de los recursos se destinan a la atención hospitalaria. La tendencia natural parece indicar que los presupuestos hospitalarios presionan mucho más fuertemente al alza.

Por el otro, está la cuestión de cómo estos recursos, una vez puestos a disposición del hospital, realmente contribuyen a responder a los requerimientos de la red asistencial y las prioridades de salud de la población a cargo. Este segundo aspecto será el tema principal de la presente sección.

Los ingresos de los hospitales se pueden clasificar, en función de su fuente de origen, en dos grandes categorías:

- a) Financiación externa, proporcionada por algunos actores por la atención a una población determinada (seguro social, seguros privados, presupuesto ministerial). Esto significa que, de algún modo, la población está asegurada y que ese aseguramiento tiene una cobertura significativa, que incluye los gastos hospitalarios. Esta es la principal fuente de ingresos para los hospitales.
- b) El pago directo de las personas por el servicio otorgado.

La mayoría de los expertos considera que esta segunda modalidad de ingreso (el pago directo) es perjudicial para avanzar hacia la salud universal, por lo que se plantea como necesidad su disminución o eliminación. Se espera que los sistemas evolucionen hacia modalidades de aseguramiento y pago anticipado, en los cuales se elimine la barrera económica al acceso de las personas en el momento de la atención. Para lograrlo, habría que avanzar hacia la atención hospitalaria sin copago en el momento de la prestación del servicio y crear modalidades de aseguramiento que proporcionen cobertura suficiente. Es necesario recordar, sin embargo, que el cobro directo, si bien suele ser decreciente en los servicios públicos, en numerosos casos constituye una parte importante de los recursos con que cuenta el hospital en la gestión cotidiana. Por ello, es necesario garantizar que estos ingresos se reemplacen de un modo sustentable cuando se avanza hacia la eliminación del pago directo.

Para la transformación de los hospitales en hospitales en red, deben tenerse presentes los siguientes aspectos:

- ◆ La gratuidad en el momento de la atención responde a valores centrales de la Estrategia de salud universal.
- ◆ La Estrategia de salud universal se habrá de ir imponiendo sostenidamente en las Américas.

Cuando se trata del pago, el financiador cuenta con diversos mecanismos, que van desde el pago retrospectivo total al pago prospectivo total. La forma más común de pago retrospectivo en establecimientos fuertemente integrados con su financiador es aquella en la que el hospital cuenta con un presupuesto referencial, sin vinculación clara con el grado de actividad (presupuesto histórico). Así, el financiador le transfiere al hospital todos los fondos necesarios para cubrir los gastos en que se incurran en un periodo determinado y absorbe el déficit. Esta ha sido la manera habitual de asignar recursos a los establecimientos públicos o de la seguridad social, pero la información disponible indica que esa modalidad es ineficiente, aumenta el gasto por inercia y tiene escasa orientación a las necesidades de la población. Es más, la asignación de recursos no está alineada con el desempeño ni con los resultados, ni estimula el trabajo cooperativo en red; además, reduce el control de los costos y da lugar a inequidad en la asignación de recursos.

Cuando se recurre al mecanismo de pago prospectivo, por otra parte, el financiador contrata un monto predefinido con el establecimiento. Esa modalidad, que consiste en fijar el precio de las prestaciones sin limitar su número, suele producir un incremento de los servicios, para el cual podría no haber suficientes recursos. Por este motivo, en el caso de los presupuestos prospectivos, se tiende a plantear un monto global de actividad y tarifas predefinidas, es decir, se habla de presupuestos globales prospectivos. Cuando se calcula un monto global en función de un volumen total de prestaciones con tarifas predeterminadas para una población específica y se transfiere todo ese monto independientemente de los servicios efectivamente realizados, se trata, en la práctica, de un pago per cápita global prospectivo (también conocido como contrato en bloque).

La teoría indica que recurrir al pago prospectivo y la transferencia de riesgo es una manera eficaz de alinear al prestador con las actividades prioritarias y controlar simultáneamente los costos del sistema. Implica, eso sí, que hay que considerar debidamente la magnitud de la transferencia de riesgos, ya que el hospital no puede controlarlos todos. En general, hay acuerdo en que es preferible que la unidad de pago sea agregada; asimismo, la bibliografía es abundante con respecto al cuestionamiento del pago por servicio de atención. En consecuencia, se ha avanzado en el pago de paquetes por solución de diagnóstico (recuadro 3) o el pago por casuística, basado, por ejemplo, en los grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Esas modalidades también presentan deficiencias o riesgos, y debe asumirse que no hay mecanismos perfectos de asignación de recursos.

En vista de lo anterior, muchos países de ingresos altos están aplicando cada vez más formas de pago prospectivo global mediante capitación ajustada cuando se trata de redes asistenciales y financiamiento del primer nivel de atención (20). También se está adoptando el pago por casuística cuando se trata de servicios hospitalarios. En todo caso, no hay homogeneidad entre países en la manera de aplicar innovaciones relativas al financiamiento. Los países buscan un equilibrio que permita mejorar la eficiencia, los resultados de salud, contener los costos y mantener una estabilidad

del flujo de recursos para los hospitales. De ese modo, más que responder a mandatos teóricos, los mecanismos de asignación de recursos se van conformando en la práctica mediante acuerdos entre agentes con influencia, teniendo en cuenta el grado de rigidez de la normativa institucional que se aplica a los establecimientos.

La asignación de recursos al hospital y las actividades desempeñadas por este, son medios para lograr objetivos de salud y, por lo tanto, esas actividades no pueden ser definidas por el interés, la influencia o la apreciación particular de los profesionales hospitalarios. Por el contrario, es el gobierno de la red el que, con base en las necesidades principales de las personas y las comunidades a su cargo, tiene la responsabilidad de vincular de manera formal los mecanismos de pago al hospital con el cumplimiento de las metas concertadas con el establecimiento. Este alineamiento, que tiene la finalidad de asegurar el funcionamiento óptimo de la red y la mayor equidad y eficacia posible del gasto en salud, se logra con procesos de negociación en los que la red plantea las necesidades y el hospital señala sus requerimientos para responder a ellas, y se concreta en contratos o compromisos que deben ser controlados y evaluados con transparencia a fin de contribuir a la rendición de cuentas del hospital. Idealmente, deberían explicitarse los incentivos a las mejoras del desempeño para estimular la articulación del hospital con su red: por ejemplo, mejoras de los salarios de los profesionales, ya que son ellos quienes determinan la forma en que se utilizan los recursos.

Recuadro 3. Mecanismos de pago prospectivo: pago asociado al diagnóstico en el caso de Chile

En la década de 1990 se inició una reforma de los mecanismos de pago para los hospitales del sistema público chileno con miras a otorgar mayor equidad y eficiencia a la provisión de servicios de salud. Ese proceso fue encabezado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es responsable de las transferencias financieras a todos los prestadores públicos. Se buscaba dejar atrás los presupuestos históricos y el financiamiento directo de procedimientos intermedios que no aseguran la calidad de la atención ni la eficiencia del manejo de los recursos.

Con ese fin se diseñó un modelo de pago asociado al diagnóstico (PAD), que determina el pago en función de un costo promedio estimado para resolver un problema de salud. La estimación se hace mediante la valoración de una canasta de prestaciones asociadas a ese diagnóstico en particular e incluye estimaciones de la frecuencia de uso de cada una de las acciones y procedimientos afectados; toma en cuenta los días de cama, los exámenes y procedimientos y las intervenciones quirúrgicas. La lógica del PAD se aplica a grupos de personas con la misma patología o condición, pero no a casos individuales, donde siempre debe primar el criterio clínico. Al ser un mecanismo de pago prospectivo, las desviaciones del costo en el proceso productivo son absorbidas por el establecimiento, porque se paga en todos los casos el valor normalizado. El objetivo central es pagar por el problema resuelto y no por las medidas tomadas para lograrlo, y promover así la eficiencia.

La selección de diagnósticos incorporados al PAD se efectuó considerando aspectos tales como su importancia en el gasto total, su frecuencia y las afecciones cuya resolución podía

ser normalizada (FONASA, 1999). En un principio, al probarse el mecanismo, se construyeron 18 canastas, que alcanzaron en su primer año algo menos de 10% del total de transferencias en la fase piloto, con el potencial de llegar a cerca de 40%. Con el paso de los años, el PAD evolucionó en el sector público hacia un mecanismo de pago por prestaciones valoradas (PPV), y la denominación PAD se restringió a las compras de prestaciones del sector privado en convenio con el FONASA.

Hacia el 2012, las prestaciones valoradas incluían todas las canastas vinculadas a las prestaciones de las garantías explícitas de salud (AUGE) y constituyen cerca de 57% de las transferencias de fondos a los hospitales.

Existen entonces dos niveles de asignación de recursos; el primero, correspondiente al financiador (seguro público, Ministerio de Salud, seguridad social), entrega recursos a la RISS, cuyo mecanismo de asignación ideal parece ser un per cápita ajustado global que dé cuenta de las necesidades de la población. El segundo nivel de asignación es la propia red en relación con sus establecimientos. Por lo tanto, se sugiere un mecanismo de asignación de recursos al primer nivel con predominio de capitación (mixto) y otro mecanismo para los hospitales mediante contratos por desempeño, que consideran el grado de actividad esperado para cumplir con los requerimientos de la red.

De lo anterior, surge la necesidad de considerar un tercer nivel de asignación de recursos que guarda relación con el traspaso de incentivos al profesional de la salud. Dada la naturaleza del funcionamiento hospitalario, si el gerente del hospital no cuenta con mecanismos adecuados, se encontrará en una situación muy complicada, en la que la red le exige ciertos resultados y la cultura interna y la inercia organizacional impiden los ajustes necesarios para lograrlos. Esto obliga a pensar en mecanismos de retribución a médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud alineados con los objetivos de la red (véase más adelante el apartado sobre recursos humanos).

Finalmente, la red debe contar con incentivos para que cada institución de salud (o nodo) haga lo que tiene que hacer. Así, cada nodo deberá contar con los recursos requeridos para intervenir de manera eficiente en cada proceso o flujo definido para la red: “Es necesario que la planificación financiera incluya consideraciones de corto, mediano y largo plazo y aspectos relacionados no solo con la producción, sino con la infraestructura, el equipamiento, los recursos humanos y las necesidades de salud de la población” (4).

4.2.1 Recomendaciones sobre la asignación de recursos

- ◆ Como parte del proceso de establecer hospitales en red, es necesario ir disminuyendo la importancia de los presupuestos históricos y pasar paulatinamente a mecanismos de pago asociados a la capacidad de resolver problemas (grupos relacionados de diagnóstico u otros sistemas similares).
- ◆ La asignación de recursos debe basarse en negociaciones periódicas que se expresan en contratos o compromisos de gestión, en los que, por una parte, la red propone metas cuantitativas (producción y calidad) y cualitativas (por ejemplo, la satisfacción de los usuarios,

la colaboración en las tareas de la red) que debe cumplir el hospital y, por otra, ambas partes acuerdan mecanismos de la verificación, el control y los incentivos que conlleva el cumplimiento de los objetivos.

- ◆ Con el fin de alinear el financiamiento hospitalario con las prioridades de salud del país y de la red, se puede considerar premiar las prestaciones para enfermedades prioritarias, para contribuir más al impacto en salud.
- ◆ Los mecanismos de financiamiento deben tomar en cuenta y favorecer la equidad en la asignación de recursos, para lo cual deberán considerar los costos diferenciales de atender a poblaciones en situación de vulnerabilidad, con menos apoyo familiar o de menor nivel sociocultural.
- ◆ Los mecanismos de asignación de recursos deben evitar la concentración de prestaciones en la población con mayor acceso relativo; por lo tanto, no solo importa el número de prestaciones, sino cómo se distribuyen entre toda la población.

4.3 Modelo de atención

Un tercer asunto clave para el hospital es determinar su aporte al modelo de atención que acompaña la propuesta de RISS. Para ello es imprescindible definir qué se entiende aquí por modelo de atención de la salud.

El modelo es una representación descriptiva de la forma óptima de organizar las acciones, el modo de satisfacer las necesidades y demandas de salud y ayudar a mejorar el sistema en su conjunto. Esta disposición óptima no se produce por sí sola, requiere trabajo de conducción y reorganización del sistema, que solo puede llevarse a cabo con persistencia, tiempo y gestión estratégica de alta calidad.

La utilidad fundamental de un modelo de atención es la de orientar la toma de decisiones dentro del sistema de salud: las decisiones estratégicas tienen por objeto avanzar en la instauración del modelo y una vez que el modelo se conoce, se asume y se comparte, orienta las decisiones cotidianas que hacen posible que este funcione mejor. Un modelo de atención es poderoso siempre y cuando movilice la energía del sistema y de coherencia al quehacer de quienes toman decisiones en todos los niveles.

4.3.1 El modelo de atención y las RISS

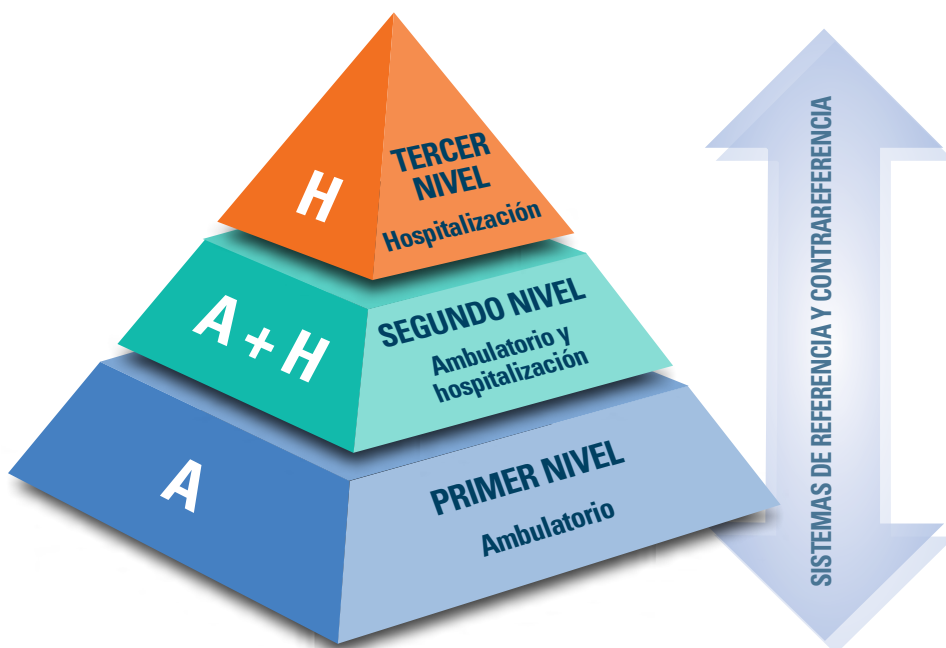
La propuesta de RISS explicita un modelo de atención con una representación gráfica que transforma radicalmente la estructura habitual y conocida del modelo de atención basado en niveles de complejidad, representado piramidalmente, de tan amplia difusión en nuestros países.

La representación piramidal (figura 3) se ve superada porque su conceptualización del sistema tiene deficiencias, entre las que destacan las siguientes:

- ◆ Omite la importancia de la población y el contexto cultural y no los incluye como componentes en la representación gráfica del sistema.
- ◆ Supone una mayor complejidad del tercer nivel de atención, la cual no es real. Si bien el hospital es de mayor complejidad desde el punto de vista biomédico, no tiene que hacer frente a toda la complejidad biopsicosocial que aborda cotidianamente el equipo de primer nivel y que requiere otras competencias.

- ◆ Asigna mayor cobertura al primer nivel, cuando, de hecho, todos los niveles tienen que tener una cobertura total de las funciones en las que se especializan.
- ◆ Da la impresión de que en los hospitales se hacen menos cosas, aunque, en realidad, concentran un gran volumen de prestaciones en pocas personas, con un número total de tareas muy significativo.
- ◆ Ubica a los hospitales en la parte alta, aunque es la población la que debe ocupar esa posición o estar en el centro de toda conceptualización del sistema.

Figura 3. Pirámide tradicional del sistema de atención de salud



En el concepto de RISS se reubican los servicios de salud, que pasan a ser un subsistema que se relaciona con la población para contribuir a su calidad de vida; asimismo, se establece un primer nivel cercano a ella y una serie de componentes especializados de apoyo, entre los que se encuentra el hospital (figura 4).

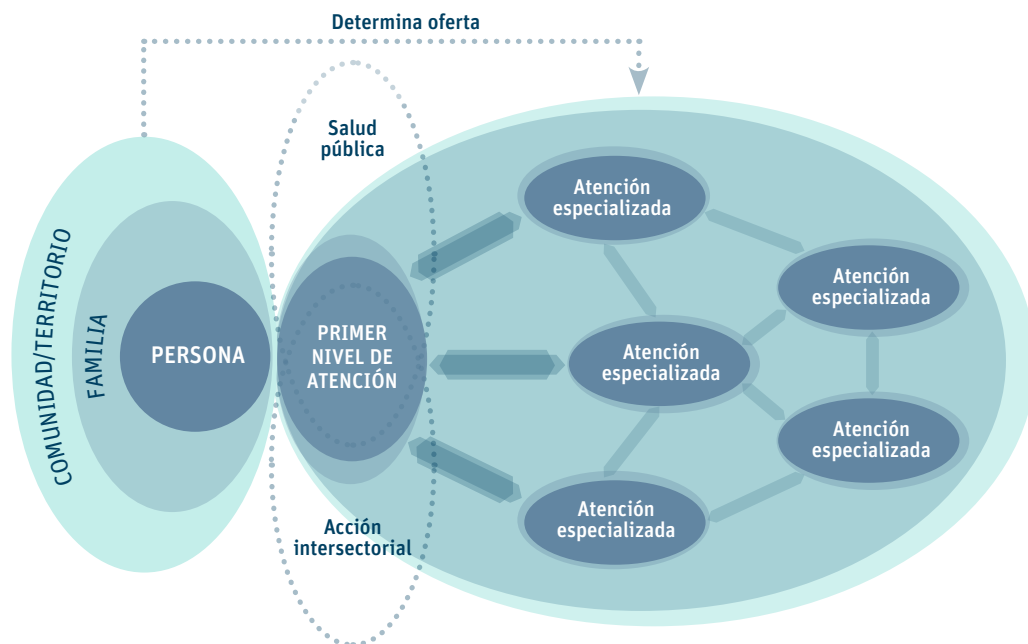
La propuesta de RISS apunta a un modelo integral de salud, definido como el “conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigido, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas sujetos de derechos en su integralidad física y mental y seres en un contexto sociohistórico pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un proceso permanente de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (21).

El modelo desde el punto de vista de las personas

El modelo de atención ideal es el que permite que cada persona, familia y comunidad cuente con un equipo de salud interdisciplinario cercano que le ayude a llevar una vida saludable. Ese equipo

debe poder dar seguimiento y responder a la mayoría de las demandas y contar con el apoyo de otros componentes del sistema de salud (centros de especialidad, laboratorios, hospitales) o sociales (grupos de autoayuda, atención de asistente social) para aquellas situaciones en las que, por diversas razones, no fuese conveniente, pertinente o posible tener capacidad resolutoria propia.

Figura 4. Modelo asistencial en las RISS



Fuente: Modificado 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 DC: OPS; 2010.

Esa concepción, que consagra una nueva visión para orientar el trabajo del sistema, tiene consecuencias en la manera en que los hospitales participan en la provisión de servicios. La función de los hospitales en este modelo de atención es “contribuir a la resolución de problemas planteados desde la red asistencial, según el tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le defina, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia” (4).

El hospital flexible

En este modelo, los hospitales “deben pasar a ser estructuras flexibles que puedan ser redefinidas dinámicamente en el tiempo por sus redes asistenciales, las que les deben fijar la cartera de servicios, es decir el tipo de actividad, nivel de complejidad y especialidades. A su vez, los establecimientos deben tener las competencias y facultades para modular su estructura de funcionamiento organizacional según los requerimientos de sus respectivas redes, con el objeto de obtener respuestas eficaces a las necesidades de salud de las personas. Esta declaración debe contribuir a una definición dinámica del rol de los diversos tipos de hospital en el ámbito del quehacer de una red, para satisfacer las necesidades de salud de una población determinada. Dicho de otro modo, habrá que superar la idea tradicional de que ciertas prestaciones necesariamente

son y serán realizadas en un hospital convencional pudiendo llevarse a cabo de manera más costoeficaz en otros componentes de la red” (4).

En el nuevo modelo de atención, los hospitales pueden concebirse como instituciones que coordinan componentes especializados de apoyo al primer nivel de resolución. Así, los hospitales se conciben no como entes autónomos, sino como partes de la red y apoyo a la primera línea de atención y el funcionamiento del sistema se ordena en torno a la promoción de la salud y los servicios preventivos que se dan, principalmente, cerca de la comunidad. Asimismo, como la organización hospitalaria ha dejado de estructurarse en estancos verticales basados en órganos y especialidades para organizarse matricialmente en torno a macroprocesos centrados en las necesidades de las personas, cada vez hay más funciones que no son responsabilidad exclusiva del hospital, sino que requieren de gestión integrada, y pasan a ser temas compartidos con los servicios comunitarios y ambulatorios.

El hospital en red debe responder a los requerimientos mediante la intermediación de los equipos de salud del primer nivel de atención, ya provengan estos directamente de la población o de los propios equipos de salud. Esto no significa que la gestión hospitalaria deba dejar de ser tarea fundamental de sus equipos directivos; por el contrario, es conveniente que dentro del propio hospital haya la mayor capacidad de gestión posible para combinar los recursos que mejoren la eficiencia de su servicio a la red. La complejidad del hospital es innegable y no surge simplemente del tipo de afecciones que atiende (de hecho, algunas pueden resolverse con relativa facilidad), sino de la cantidad de interacciones que alberga y la gran interdependencia de distintos profesionales y funcionarios de la institución, que deben trabajar coordinadamente para lograr el objetivo esperado. El hospital debe funcionar con base en esa cooperación permanente y entender y valorar esa complejidad obliga a procurar modelos interdisciplinarios que entiendan y promuevan una visión colaborativa, plural y de espacio terapéutico compartido.

Mecanismos de coordinación asistencial

En la nueva conceptualización sigue siendo relevante todo lo relacionado con la coordinación asistencial. En primer lugar, están los aspectos clásicos, como la referencia y la contrarreferencia. Actualmente se da una redefinición de los procesos asistenciales entre niveles de atención, de modo que referencia y contrarreferencia son instrumentos al servicio de la resolución de un problema que requiere la concurrencia de diversos componentes de la red: en esencia, se trata de un mismo problema que afecta a una misma persona. En la medida en que la red en su conjunto se pone al servicio de los procesos asistenciales, la referencia y la contrarreferencia son un elemento casi obvio e imperceptible para la persona. No obstante, para que esos procesos adquieran pleno sentido para los clínicos, debe avanzarse en la co-construcción de guías clínicas multinivel y protocolos adaptados a cada red de salud.

Desde ese punto de vista, el proceso clínico se convierte en el eje de la gestión en red. Así, en torno a él se constituyen redes que abarcan distintos niveles y conectan las funciones de varios establecimientos para conformar un flujo continuo que ayude a resolver los problemas de la población en el lugar donde se garantice una mayor costoeficacia. Estas redes se constituyen en función de programas, patologías, grupos de edad o grupos prioritarios. Para atenderlos se

planifican y ponen en práctica intervenciones colaborativas que se adaptan con flexibilidad para satisfacer las necesidades de las personas implicadas que, a su vez, son vistas en su contexto familiar, comunitario y cultural. Mientras esa coordinación asistencial se lleve a cabo siguiendo las pautas de la propuesta de RISS, la tendencia natural es la de favorecer la mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención y considerar los procesos asistenciales de forma integral. Como se afirma en las reflexiones de la publicación *Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales*, “una señal potente de funcionamiento en red es revisar una guía médica cualquiera: si esta comienza viendo al ‘paciente’ desde su ingreso al hospital en adelante, es que la red no existe, es solo una ilusión, un buen propósito” (4). En todo caso, la referencia y contrarreferencia son solo un primer aspecto de la coordinación asistencial; es necesario hacer bastante más para conformar realmente una cultura de red. Habrá que desarrollar iniciativas de conocimiento mutuo entre los profesionales de los distintos establecimientos llamados a operar en red, quienes compartirán reuniones clínicas y llevarán a cabo visitas mutuas, interconsultas telefónicas, intercambio de turnos, comunidades de aprendizaje y, en general, un conjunto de iniciativas que favorezca el reconocimiento y el conocimiento mutuo de esos profesionales. El objetivo debe ser alcanzar la continuidad asistencial en la experiencia del usuario.

Gestión de la red

La gestión de la red debe tratar de integrar los programas prioritarios y las prioridades de salud al quehacer de los equipos de salud de su área. La experiencia señala que eso es posible siempre que la gestión de la red mantenga el control de algunos procesos clave, como la conformación y dependencia de los coordinadores en cada nivel de la red, la flexibilidad en la asignación local de recursos y determinación de brechas, la flexibilidad en la conformación de la red de prestadores, las atribuciones de contratación local, el ajuste de los nuevos contratados a las escalas de remuneraciones generales, la constitución de redes de apoyo intersectoriales flexibles, la gradualidad en la implementación (22). Todos esos componentes permiten que el trabajo para lograr avances en programas clave integre, en términos operativos, el proceso de construcción de redes de servicios de salud, del cual el hospital no puede quedarse fuera.

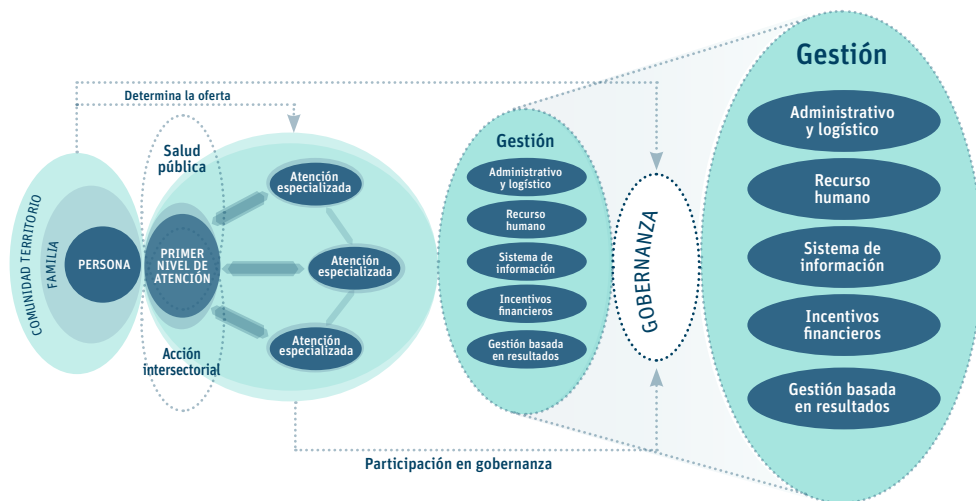
El hospital puede cooperar en el abordaje de las prioridades de salud para aumentar la capacidad resolutive del primer nivel, identificar procedimientos que puedan desplegarse de manera más cercana a la población y aportar el uso de tecnologías de información o el buen uso de equipos móviles o portátiles para anticipar problemas de manera ambulatoria. Eso se logra mediante la formación y la capacitación continuas.

Cuando se trata de adaptar la visión general del modelo de atención a la propia red, es conveniente generar espacios de análisis de la situación de salud en los que participen de forma conjunta todos los miembros de la red. La finalidad es que en esos espacios se asuman los objetivos nacionales de salud, se concreten acuerdos sobre los objetivos de salud complementarios comunes, se acuerden prioridades y se desplieguen estrategias conjuntas. Para lograr ese propósito, se requiere que los diversos componentes de la red tengan competencias relacionales, capacidad de hacer diagnósticos comunes y mecanismos para acordar las vías de abordaje. En una RISS debidamente conducida, habrá que tomar medidas para aumentar la atención ambulatoria y concordar abordajes y criterios que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica; para ello será necesario aumentar

la normalización de la atención de las afecciones más frecuentes y prioritarias. Así, se conformará un proceso dinámico en el que se adecuarán las funciones del hospital y se harán cambios en las de los demás componentes.

Todas las funciones de apoyo a la instauración de un nuevo modelo de atención han llevado a reforzar la figura del gestor de red, que corresponde a un directivo que asume formalmente esas tareas con el apoyo de un equipo profesional y conduce los espacios de gobernanza que se han dado la red. En la figura 5, se ilustran cinco funciones a cargo de un ente de gestión que no es parte de los establecimientos, pero conduce el desarrollo de la red. Esas cinco funciones, más la preocupación por el desarrollo del modelo que aquí se ha resumido, constituyen las competencias que debe tener un gestor de red.

Figura 5. Atributos esenciales de las RISS asociados a la gestión de la red.



Fuente: Modificado 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 DC: OPS; 2010.

Modalidades de atención a personas con enfermedades crónicas

Como resultado de la transición demográfica y epidemiológica, un aspecto cuya importancia está en aumento es la adopción de nuevas modalidades de atención de las enfermedades crónicas, cuyo abordaje en red mejora su continuidad y calidad. En forma creciente, los sistemas de salud deberán orientarse hacia la atención de personas que permanecen enfermas durante mucho tiempo y que requieren seguimiento de una enfermedad que no es transitoria ni episódica, aunque pueda presentar exacerbaciones periódicas. Ese enfermo crónico vive su vida con su enfermedad y no le sirve un sistema diseñado para atender eventos infecciosos agudos o accidentes. Sí le sirven las estrategias específicas que se han estado desarrollando, entre las cuales se cuentan algunas que han tenido un despliegue notable en años recientes, como la gestión de enfermedades o la gestión de casos. En la primera, la red se organiza para prestar atención a personas con una misma enfermedad, de modo que el personal especializado responde de acuerdo a pautas convenidas, basadas en la evidencia,

para garantizar las prestaciones y la atención oportunas para anticiparse al daño. En la gestión de casos, se seleccionan personas con enfermedades de alta complejidad y una vulnerabilidad especial a los que se asigna un profesional altamente especializado como gestor del caso. Ese profesional tiene la responsabilidad de coordinar todas las prestaciones para esa persona en particular. En este tipo de abordaje, el gestor del caso es el integrador de la red para todas las afecciones y episodios mórbidos o descompensaciones que sufra la persona, y tiene que tener en cuenta especialmente el uso de los recursos familiares, comunitarios y sociales de los cuales se disponga para adecuar la intervención a cada caso específico.

Tanto la gestión de enfermedades como la gestión de caso contribuyen a integrar los servicios hospitalarios con los demás componentes de la red asistencial y favorecen la adopción del autocuidado y el uso de recursos personales, familiares e intersectoriales; contribuyen, por lo tanto, a una gestión más costoeficaz. En resumen, se trata de colocar un radar poblacional desde el sistema asistencial y no limitarse a atender la demanda episódica.

Atención de urgencia

La función de los servicios de urgencias médicas amerita mención especial. En efecto, una de las pruebas más contundentes de lo importante que es para los hospitales contar con un primer nivel de atención fuerte como parte de la red asistencial es el exceso de demanda permanente de los servicios de urgencia hospitalarios. Esta situación no se resuelve solo con un aumento de la capacidad de atención en ese punto de la red, sino fortaleciendo el primer nivel y tratando de aprovechar la oportunidad de la atención de urgencia para detectar vacíos de cobertura y eficacia de la red. Todo proceso de construcción de un modelo de atención adecuado a la realidad debe considerar mecanismos para desincentivar la consulta en la urgencia hospitalaria y aprovechar las oportunidades para detectar debilidades y mejorar otros puntos de la red.

4.3.2 Recomendaciones sobre el modelo de atención

- ◆ El sistema de referencia y contrarreferencia es un mecanismo de coordinación por excelencia, pero no es el único. La prestación de atención continua, integrada y de calidad, centrada en las personas, requiere múltiples mecanismos de coordinación, como las pautas de práctica clínica, los protocolos, la gestión de casos y la adaptación mutua.
- ◆ En un modelo de atención centrado en las personas, la configuración de los servicios de salud debe partir de las necesidades de salud de la población a la que sirve la red, y estar determinada por ellas.
- ◆ Un primer elemento que debe considerarse es la elaboración de guías clínicas integradas en red. Ese trabajo habrá de contar con la participación de todos los equipos que constituyen un proceso asistencial y deberá culminar con un acuerdo sobre las conductas esperadas de cada uno en esa red en particular. Ello debe hacerse con base en evidencia y ser objeto de revisiones periódicas y del monitoreo de su aplicación.
- ◆ Otro elemento clave es la instauración de la programación en red que permita ordenar la demanda que surge desde los establecimientos ambulatorios hacia el hospital y los servicios especializados. Eso requiere, además, que a partir de esa demanda se planifique el trabajo del hospital y se desarrollen acuerdos de cumplimiento de metas y prestaciones, así como

planes de desarrollo de la oferta. En esa configuración, habrá que contar con un primer nivel de atención fortalecido; acordar procesos de integración de la atención; redefinir las funciones de todas las dependencias de la red, no solo los hospitales; e innovar con respecto a la prestación de servicios, con hincapié en el ámbito ambulatorio y un fuerte apoyo del hospital.

4.4 Tecnología e infraestructura

En años recientes, el avance tecnológico ha sido vertiginoso, tanto en relación con el apoyo médico (conocido también como equipamiento clínico) como en lo que tiene que ver con la información y la comunicación. Tal evolución crea una necesidad imperiosa de reflexionar sobre al menos tres aspectos relacionados con los hospitales y las RISS: hay que dilucidar a partir de las mejores evidencias qué tecnologías son útiles, cómo favorecen o abren la posibilidad de crear redes de servicios de salud y de qué manera se procura su utilización más costoefectiva.

En lo relativo a la utilidad, los hospitales son muy permeables a la presión de mantenerse a la vanguardia en la adopción de tecnologías. La mayor parte de los clínicos quiere contar con equipos o medicamentos que les permitan maximizar sus resultados de salud y categorizarse como personas que adoptan tecnologías de forma temprana. Para los clínicos tiene sentido determinar rápidamente en qué medida la nueva tecnología sanitaria contribuye a mejorar los procesos acordados en las guías clínicas. No obstante, estos procesos deben responder a un plan de la red, que es la que se hace cargo de las prioridades de salud de la población, ya que puede producirse un desfase entre las prioridades de la red y las demandas de adoptar nueva tecnología, no siempre ponderada de acuerdo con la evidencia sobre los beneficios que se pueden obtener.

Haciéndose eco de esa preocupación, los ministros de salud de las Américas aprobaron durante la 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 2012, una resolución en la que se instaba a los Estados Miembros a que fortalezcan “el uso racional” de las tecnologías de salud. Los gobiernos reconocían los beneficios potenciales de incorporar las tecnologías de salud en los sistemas de salud, pero sobre la base de su evaluación, definida como “la evaluación sistemática de las propiedades, los efectos y las consecuencias de estas tecnologías, incluidas las dimensiones médica, social, ética y económica” (23).

La clave está en adquirir las tecnologías sanitarias que se necesitan, que son eficaces y seguras y que presentan un adecuado perfil de costoeficacia y calidad, y no limitarse a adquirir lo que se pone a disposición de los clínicos. Por lo tanto, es necesario definir los criterios que deben orientar la evaluación, la adquisición, la incorporación a los servicios y la prescripción y el uso racional de las tecnologías sanitarias. Se sugieren al menos cuatro aspectos clave para realizar esta evaluación: costoefectividad, costooportunidad del uso de los recursos, integración de servicios y continuidad de la atención. También hay que tener en cuenta que algunas tecnologías requieren la realización de procesos de gestión adicionales.

Desde la OPS se está proponiendo el manejo de los procesos de evaluación, selección, prescripción, dispensación y uso racional con el apoyo de guías de práctica y para el monitoreo de tecnologías sanitarias (incluyendo los medicamentos). Estos procesos deben enfocarse desde el punto de vista de la integración para asegurar la coordinación de todas las intervenciones y evitar respuestas reactivas y aisladas.

En la evaluación de la tecnología y la toma de decisiones correspondiente, los gestores deben tener el respaldo de las agencias, las comisiones o unidades dedicadas al tema (por ejemplo, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México [CENETEC-Salud], recuadro 4). Las comisiones de selección de medicamentos o comités de farmacoterapéutica son también un ejemplo de entes evaluadores, presentes en la mayoría de los países de la Región. En un campo en el que el desarrollo es veloz, las empresas multinacionales ejercen gran presión para poner las nuevas tecnologías en uso. Asimismo, tanto los profesionales como la población en general tienden a asociar en forma incorrecta las nuevas tecnologías sanitarias con una necesaria innovación y un mayor beneficio en salud. Por estos motivos, es primordial que la función de evaluación se desempeñe con estructura y competencias adecuadas y se integre con los demás procesos.

Una tecnología sanitaria eficaz podría conllevar un despilfarro de recursos si no se utiliza adecuadamente. Deben establecerse, por lo tanto, guías de práctica que aseguren su implementación y garanticen aspectos centrales relacionados con la seguridad de los pacientes, la costoeficacia y la costo-oportunidad en el uso de los recursos asociados a la implantación de esas tecnologías. En este campo, también los servicios farmacéuticos con enfoque de atención primaria de salud tienen un rol clave que debe rescatarse en el apoyo al manejo de las acciones preventivas y la terapéutica más segura.

Recuadro 4. La experiencia de México en tecnología de salud: el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud)

El CENETEC-Salud es un órgano adscrito a la Secretaría de Salud de México, que depende directamente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Su creación, en enero del 2004, obedeció a la necesidad del sistema de salud de México de contar con información sistemática, objetiva y basada en la mejor evidencia disponible sobre la gestión y el uso apropiado de las tecnologías para la salud, que apoye la toma de decisiones y el uso óptimo de los recursos.

El CENETEC-Salud cuenta con cuatro direcciones responsables, respectivamente, de las áreas de ingeniería biomédica, telesalud, evaluación de tecnologías y desarrollo de guías de práctica clínica. En el momento de su creación, se propuso una amplia variedad de acciones, entre las que se incluyen: establecer convenios con centros de tecnologías para la salud con el fin de impulsar la modernización, la innovación, la excelencia y el desarrollo de tecnologías apropiadas; generar lineamientos en materia de equipamiento médico, incluido un plan maestro para apoyar su incorporación, el uso, el mantenimiento, el reemplazo y la baja técnica; promover el desarrollo de la ingeniería biomédica; establecer los lineamientos nacionales para desarrollar los servicios de telesalud; y establecer estándares en materia de intercambio de información entre la tecnología biomédica y las aplicaciones de telesalud. Estos son algunos entre muchos otros propósitos que dan cuenta de la magnitud y heterogeneidad del quehacer en el ámbito de las tecnologías de la salud.

En 2009, el CENETEC-Salud fue designado centro colaborador de la OMS, con el fin de cooperar en la constitución de la red latinoamericana de evaluación de tecnologías de salud

para facilitar el intercambio de metodologías y apoyar la construcción de capacidades en los países de la Región. También ha apoyado el desarrollo y uso de guías de práctica en español en lo relativo a equipamiento médico y el uso de medicina basada en evidencia en el diseño de las guías de práctica clínica de acuerdo a prioridades epidemiológicas. Otro aspecto incorporado en la colaboración ha sido el desarrollo y la divulgación de un plan para la adopción de servicios de telemedicina, incluida la teleeducación en salud.

El centro cuenta con una página web (<http://www.cenetec.salud.gob.mx>) en la que se encuentra alojado el catálogo maestro de guías de práctica clínica, que en la actualidad son más de 500, disponibles en formato PDF en español, así como numerosas recomendaciones y guías sobre equipamiento médico y telesalud.

El impacto de la tecnología se puede apreciar en los siguientes ámbitos de la gestión:

1. Tecnologías de salud: Hoy en día la tecnología permite el diagnóstico ambulatorio de la gran mayoría de las afecciones gracias a la adopción de recursos como la tomografía computarizada, la resonancia magnética, las endoscopías y ecografías. Incluso ciertos procesos invasivos se pueden realizar con menor riesgo de manera ambulatoria (angiografía digital, biopsias por punción). De esta manera se abre la posibilidad de crear centros de diagnóstico especializado de carácter ambulatorio que dejan de estar vinculados a los hospitales. En estos centros se puede hacer el diagnóstico y prescribir el tratamiento de inmediato, sin hospitalización, lo que se ha llamado consultas de alta resolución (5).
2. Tecnologías de la información y la comunicación:
 - a) **Telemedicina.** Se observan varias modalidades:
 - *Teleconsulta:* Se refiere al contacto entre un profesional de un centro ambulatorio u hospital comunitario que necesita apoyo y un especialista. En el contacto se discute el diagnóstico y el tratamiento del caso particular para el cual el profesional del centro consultante requiere apoyo. Se trata de una ayuda para el diagnóstico y también, de forma indirecta, a los profesionales que trabajan en el primer nivel de atención. La responsabilidad y la decisión final será siempre del médico consultante.
 - *Telediagnóstico:* Se aplica tanto a la atención de especialidades (cardiología, ginecología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología y radiología) como al envío de imágenes para el estudio anatomopatológico en unidades especializadas (telepatología). En ese caso, se considera que es una consulta de especialidad o procedimiento diagnóstico y se registra así, como parte de una prestación del centro de referencia. Hoy por hoy, las imágenes pueden transmitirse con excelente calidad y permiten concentrar los centros de diagnóstico a distancia.
 - *Tele-educación:* Se lleva a cabo mediante juntas médicas o aportes de especialistas que permiten a los médicos de los establecimientos de primer nivel de atención aumentar sus competencias y manejar la última información médica disponible para resolver correctamente y de la mejor manera posible los casos que se les presenten. También se usa para actividades de educación y promoción de la salud con el público general.

- *Comunicación con las personas*: Se usa para el contacto con madres de recién nacidos, el seguimiento clínico en algunos procesos, el refuerzo del autocuidado de las personas con enfermedades crónicas y la visita familiar a distancia, entre otras aplicaciones.

b) Historia clínica electrónica. Existen numerosas aplicaciones que han alcanzado buena calidad y aceptación entre el personal clínico. Constituyen una aspiración básica de las instituciones llamadas a funcionar en red. Una buena adopción de la historia clínica electrónica proporciona ventajas en los siguientes aspectos:

- Gestión centrada en la persona (la información sigue a la persona y no la persona a la información).
- Mejora de la calidad de la atención (disminuye la variabilidad de la atención y el error médico).
- Integración de la información.
- Continuidad de la atención.

c) Internet e intranet. El uso de internet es cada vez más frecuente y se ha convertido en un instrumento de apoyo a la decisión de los profesionales, ya que proporciona acceso a documentación, protocolos, guías clínicas y vademécum. Asimismo, cada vez es más común que las personas y sus familiares accedan a información sobre sus afecciones por internet, aunque no siempre cuentan con el criterio suficiente para discernir si la información es de buena o mala calidad. Los agentes hospitalarios deberán aprender a recomendar fuentes de consulta o vínculos de internet para evitar el uso de información errónea o alarmista sobre las enfermedades.

d) Georreferencia. Estas tecnologías son útiles en varias aplicaciones:

- Gestión de los recursos físicos del establecimiento: saber cuándo, cómo y dónde se están utilizando las ambulancias o los equipos móviles.
- Uso de mapas de acceso a servicios de salud o que informan sobre su distribución (sistemas de información geográficos), así como mapas de población que ayudan a conocer en detalle los riesgos familiares y comunitarios.

El desarrollo de tecnologías de información y comunicación permite al hospital y la red ampliar su área de influencia a bajo costo (recuadro 5) cuando se utiliza cada una de sus modalidades en forma complementaria. De ese modo, el hospital y los servicios ambulatorios pasan a ser parte de una misma instancia que funciona plenamente coordinada para prestar un servicio cercano.

De igual manera, la introducción de tecnología apropiada puede cambiar los procesos administrativos propios de un hospital y simplificar la logística hasta el punto de que no se requiera, por ejemplo, contar con bodegas de ningún tipo, lo que incidiría en los costos al no ser necesarias determinadas infraestructuras o al permitir redefinir el uso del espacio.

Para tener éxito en la aplicación de las nuevas tecnologías, habrá que tener presentes algunas condiciones:

- ◆ Decisión estratégica. La tecnología debe estar alineada con el modelo de atención y el modelo de gestión en uso.
- ◆ Debe responder de acuerdo con los resultados esperados (definidos con antelación).
- ◆ Su impacto en aspectos relevantes obliga a revisar procesos y exige estandarizaciones y una clara definición de requerimientos.

- ◆ Debe dimensionar adecuadamente su impacto en la gestión y la cultura de la organización.
- ◆ El éxito de la aplicación de ese tipo de tecnología depende de una gestión adecuada del cambio, que debe realizarse con la participación de los profesionales de salud.
- ◆ Debe haber gestión para que los datos se analicen y se conviertan en información pertinente para la gestión.

Es necesario tener en cuenta que la introducción de tecnología no resuelve los problemas de gestión, cooperación, colaboración y resultados ya existentes; es más, si esos problemas no son abordados como temas específicos de mejoramiento, la tecnología los amplifica.

Por otra parte, hay una amplia percepción de que las tecnologías se han adoptado mal y se subutilizan en los establecimientos de salud, con lo cual se limita su potencial de mejorar la gestión asistencial. También en algunos casos hay duplicación y falta de racionalidad en la adopción de tecnologías y serias fallas en su gestión.

Recuadro 5. El hospital virtual, garantía de acceso universal. La tecnología al servicio de la salud de la población panameña

El hospital virtual administra la red integrada de telerradiología en Panamá, que consiste en la utilización de tecnología de comunicación e información para proporcionar atención de salud, atención médica oportuna y de calidad y educación médica a distancia. La esencia de la tecnología es la transmisión de datos e imágenes de alta calidad a una mayor velocidad y el uso de técnicas eficientes de compresión y adquisición directa de imágenes digitales. Estas tecnologías han permitido un gran avance en la medicina, sobre todo, para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población que reside en zonas rurales dispersas, pobres y excluidas, caracterizadas por la insuficiencia de especialistas, la escasez de recursos, los servicios médicos limitados y las dificultades de comunicación geográfica. De esta manera, se ha logrado el objetivo de equidad al proveer igualdad de servicios de salud independientemente de la localización geográfica y del poder económico. Es una combinación de tecnología y salud en favor de los más necesitados.

La red de teleradiología funciona desde el 2009 y avanzó a la modalidad de hospital virtual en el 2011. En el 2014, contaba con 22 nodos con imagen radiológica convencional, estudios de fluoroscopia, ultrasonido, tomografía computarizada, resonancia magnética y medicina nuclear. Además, tiene nodos de telemamografía distribuidos en cuatro instalaciones de primer nivel de atención, ocho hospitales rurales o de distrito, siete hospitales de referencia regional y tres hospitales de referencia nacional. La Red está dirigida por un gestor que garantiza la participación de un equipo de 12 médicos radiólogos. A medida que ha ido evolucionando, se han ido agregando la telemamografía, la teleelectrocardiografía y la telespirometría.

El sistema de información radiológica permite programar eficientemente el estudio radiológico ambulatorio o del paciente hospitalizado en cuanto llega una solicitud médica. Así se puede controlar la llegada del paciente y su tiempo de espera y se dispone de listas de tareas que permiten su asignación. Una vez que el personal técnico de imagenología realiza el estudio,

la imagen, junto a la información del paciente, se envían por internet al centro de datos, que tiene alta capacidad de almacenamiento y está gestionado por la mayor empresa proveedora de telefonía del país (que es socia del Estado panameño). Los médicos radiólogos cuentan con claves de acceso al sistema y van interpretando los estudios según el orden de llegada o la prioridad. Los informes son transcritos por las secretarías médicas, que también acceden al sistema mediante claves, y el médico radiólogo los valida y los firma, para luego enviarlos de vuelta al centro de datos. El técnico del sitio de origen de la solicitud y responsable de haber realizado el estudio puede acceder al informe con su clave, recibirlo, imprimirlo y enviarlo al médico tratante o entregárselo al paciente.

La producción del primer año de funcionamiento de la red de telerradiología fue de 199 633 estudios. A partir de 2010, la producción se ha ido incrementando hasta llegar a 374 935 exámenes en 2014, y solo durante el primer trimestre de 2015 ya se realizaron 203 304 estudios.

4.4.1 Infraestructura del hospital en red

Otro aspecto al que los gestores de salud deben prestar atención para avanzar hacia el hospital en red tiene que ver con la definición de nuevos recursos físicos de salud y la adecuación de infraestructuras antiguas. En relación con esta cuestión, hay cuatro consideraciones importantes:

1. En primer lugar, es importante contar con un sistema nacional de inversiones en salud. La población demanda seguridad en su vida, algo que muchas veces se asocia a la presencia cercana de un hospital. Por su parte, muchos representantes políticos se ven especialmente recompensados si logran impulsar la instalación de un hospital u otro establecimiento de salud en las comunidades que lo solicitan. Además, por distintas presiones internas, los establecimientos de salud, hospitalarios o de otro tipo, también aspiran a crecer y aumentar su capacidad de resolución y su tecnología. Frente a lo anterior, está el hecho de que la mayoría de las poblaciones, especialmente las que están en condiciones de mayor vulnerabilidad, no cuentan con toda la infraestructura necesaria para satisfacer sus necesidades de atención. Por lo tanto, es fundamental que quienes toman decisiones de salud sobre la distribución de los recursos dimensionen debidamente las brechas existentes y asignen prioridades con criterios objetivos. Por ello es conveniente que los países adopten y desarrollen sistemas nacionales de inversión que permitan evaluar objetivamente la rentabilidad social de las inversiones en salud y establecer criterios adecuados de diseño y ejecución técnica de los establecimientos de salud. Esto implica adquirir fortaleza técnica desde el nivel central, es decir, en los ministerios de salud, hasta el ámbito local de las regiones o los departamentos. Entre los objetivos se debe priorizar la aplicación de los mejores modelos y prácticas de inversiones desde el punto de vista de la arquitectura y la ingeniería hospitalaria, que incluyan los conceptos de hospitales amigables con las comunidades, el carácter intercultural, la sustentabilidad energética y la seguridad en las situaciones de desastres (hospital seguro), entre otros aspectos. Asimismo, habrá que incorporar los modelos de gestión hospitalaria y gestión en red, de manera que el

diseño y operación de los hospitales facilite su aplicación. En el nivel central, por otra parte, tendrán que establecerse mecanismos claros de trabajo conjunto con los organismos que definen el financiamiento, ya sea el ministerio de hacienda y de desarrollo social o cualquier otro con responsabilidad en la materia. En este sentido, los sistemas nacionales de inversión en salud deben ser parte de los procesos de inversión en infraestructura de mayor relevancia de los gobiernos, dado que a partir de su funcionamiento se puede garantizar una operación y prestación de servicios adecuada en las redes de salud. Los costos de estas inversiones para los países de la Región de las Américas son crecientes y aumentarán en el tiempo, a medida que aumenta la esperanza de vida y avanza la transición epidemiológica.

2. Toda inversión debe conllevar una evaluación en red. En el momento de definir la necesidad de inversión en la red asistencial, es necesario conocer cómo esta afectará los flujos asistenciales y determinar si contribuye positivamente a una red asistencial que potencia el primer nivel de atención. Existen métodos (24), (25) para evaluar el funcionamiento agregado de los establecimientos y de las redes de salud con los que se pueden estimar adecuadamente las inversiones que se deben realizar tanto en hospitales y servicios especializados como en la atención ambulatoria de primer nivel. En estos procedimientos se evalúa la demanda de atención de salud que se genera desde la red, así como la oferta de prestaciones, y ambas se proyectan en el tiempo y se establecen las brechas que hace falta cubrir con recursos físicos, humanos y financieros, entre otros. En ese ejercicio habrá que abarcar a los establecimientos de salud del sector privado con o sin fines de lucro y tomar en cuenta los diferentes factores condicionantes y los requerimientos técnicos que puedan afectar la red, sus establecimientos y los flujos proyectados de personas.
3. El tercer elemento que se debe considerar es la arquitectura hospitalaria (recuadro 6). Las nuevas tendencias afectarán tanto el tamaño como la funcionalidad de los hospitales en RISS. Es razonable esperar que estos últimos trasladen su funcionamiento principal desde las salas de internación hacia la zona ambulatoria y que sea allí donde se ubiquen las salas de reunión o docencia y donde se utilicen por mayor tiempo los equipos. También es de esperar que aumenten las áreas de cuidados intensivos y disminuyan o desaparezcan las de personas hospitalizadas en observación, estables o de larga estancia. Habrá un aumento de las áreas de ingreso de ambulancias con personas derivadas desde urgencias ambulatorias comunitarias, se establecerán áreas de selección o triaje de pacientes y disminuirán las salas de espera clásicas para urgencias que llegan de la calle, hasta llegar a un punto en que no haya acceso a los servicios de urgencias no mediado por una derivación adecuada o un proceso de selección previo. El diseño de los recintos de hospitalización deberá tener en cuenta las necesidades de las personas y sus familias (por ejemplo, la compañía de familiares o el acercamiento de la tecnología diagnóstica o terapéutica dentro del hospital, y no a la inversa, para evitar desplazamientos) y facilitar la aplicación de modelos de atención progresiva de las personas según su complejidad y necesidad de atención de enfermería.
4. Finalmente, se debe prestar especial atención al mantenimiento de la infraestructura, al equipamiento médico e industrial y a la tecnología de información. Es una práctica común en el sector público que la infraestructura hospitalaria y, en general, todo aquello que se instala mediante inversiones, no cuente con presupuesto de mantenimiento, actualización y descarte.

Esto se observa tanto en relación con los edificios como en relación con la tecnología y los equipos. El resultado es un deterioro acelerado de esos bienes y la disminución de su vida media, así como la enorme dificultad de darlos de baja. Una gestión hospitalaria moderna deberá ir acompañada de rubros de financiamiento adecuados y recursos humanos capacitados para mantener a disposición de la red cada uno de los adelantos que se adquieran. De lo contrario, los retrocesos pueden poner en riesgo la confianza necesaria en el desarrollo de redes e inversión en infraestructura.

4.4.2. Recomendaciones sobre tecnología e infraestructura de salud

Entre las recomendaciones principales para afrontar los desafíos relacionados con la tecnología e infraestructura en la conformación de los hospitales en red se destacan las siguientes:

- ◆ Establecer un enfoque integrado con coordinación de la secuencia de pasos para la adopción de tecnología que van desde la evaluación hasta el monitoreo del uso de las tecnologías sanitarias.
- ◆ Establecer procesos de toma de decisión para incorporar tecnologías sanitarias basadas en la evaluación de tecnología de salud.
- ◆ Desarrollar, adaptar o adoptar e implementar el uso de guías de práctica, normas e indicadores de prescripción, dispensación y de monitoreo del uso que apoyen las decisiones sobre nuevas tecnologías sanitarias.
- ◆ Fortalecer el uso racional de las tecnologías de salud y el desarrollo y la aplicación de formularios terapéuticos, directrices y guías de práctica que sustenten el uso clínico (incluso por nivel de atención), así como los sistemas de monitoreo de su uso en la RISS.
- ◆ Priorizar las tecnologías que faciliten la integración clínica y favorezcan la resolución ambulatoria de los problemas de salud.
- ◆ Promover la transparencia de los procesos de compras públicas, incluida la información no propietaria sobre precios de compra y el intercambio de los resultados de las evaluaciones de tecnología sanitaria en el ámbito nacional y regional, a fin de producir información para la toma de decisiones.
- ◆ Promover la priorización de las inversiones en función de las necesidades de la red, los hospitales y los establecimientos ambulatorios, para lo cual habrá que fortalecer los sistemas de recopilación de datos de calidad y adaptar los estudios existentes sobre la evaluación de tecnologías sanitarias para evitar la duplicación.
- ◆ Gestionar la infraestructura y los equipos, con planeamiento de los elementos y los recursos necesarios para su funcionamiento correcto (por ejemplo, mantenimiento preventivo, correctivo), entrenamiento de personal y descarte una vez que llegan al fin de su vida útil.
- ◆ Avanzar en el establecimiento de sistemas nacionales de inversiones en salud.

Recuadro 6. Conceptos de diseño sustentable y hospitales amigables en la región de las Américas: ejemplos de su aplicación

Los conceptos de hospital sustentable y hospital amigable, más compatibles con los sistemas en red, son la base del diseño de los nuevos hospitales en el mundo. Si bien esta es todavía una definición principalmente conocida entre técnicos, sin duda constituye la nueva tendencia fundamental del diseño y la construcción, que en el sector público de la Región de las Américas aún está en una etapa incipiente. No obstante, se pueden destacar algunos ejemplos concretos de su aplicación:

1. En Chile, los nuevos hospitales de las comunas de Maipú y La Florida, cada uno con cerca de 400 camas, iniciaron su funcionamiento entre los años 2013 y 2014. En su diseño se aplicaron los conceptos de hospital amigable y hospital sustentable y, por ejemplo, las habitaciones tienen más espacio y son para un máximo de tres pacientes, con lo cual se personaliza más la atención y los familiares pueden acompañar a los pacientes por más tiempo. El diseño también incorpora el análisis del comportamiento energético de los edificios, lo que llevó al uso de materiales que mejoran el aislamiento y disminuyen la pérdida de energía. En los dos hospitales se ha favorecido el desplazamiento horizontal más que el vertical, la existencia de espacios abiertos y techos verdes, que incorporan espacios de naturaleza en los hospitales para generar ambientes más curativos. Ambos hospitales son los primeros en su clase en Chile. Cuentan también con aisladores sísmicos, una tecnología que disminuirá considerablemente la vulnerabilidad de la infraestructura y las personas a los sismos y terremotos.
2. El Hospital General Regional de Metepec, en México, de 236 camas, se inauguró en el 2012. Su diseño, construcción y mantenimiento se rigen por criterios sostenibles, entre los que se incluyen elementos como su ubicación, materiales y procesos utilizados o el aprovechamiento máximo de energía. Provee un servicio integral que satisface las necesidades médicas de la región y también da apoyo a las poblaciones cercanas. El uso original del terreno estaba destinado a vivero forestal, por lo que se habían sembrado unos 1400 árboles, que contribuyen a mejorar el entorno del hospital.
3. El Hospital Regional de Tlalnepantla en México, de 120 camas, fue inaugurado en el 2012. Constituye un proyecto amigable con el medio ambiente y reducirá los costos de operación en 30%. Es el primer plan de infraestructura social que cuenta con el certificado LEED plata (la certificación LEED se relaciona con la sustentabilidad energética y ambiental). El diseño cuenta con sistemas de ahorro de agua y energía y una fosa para almacenar agua subterránea y reciclarla, con el fin de utilizarla posteriormente para riego.

4.5 Recursos humanos

El desarrollo de los recursos humanos sigue siendo el tema principal que afecta el desempeño hospitalario y, sin duda, requiere mayor atención cuando se trata de establecer redes de servicios de salud. Hoy en día existe una importante escasez de especialistas en los hospitales. El objetivo es contar con recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y orgullosos de su quehacer como parte de las RISS. Para lograrlo, es necesario tomar en cuenta las características especiales de los trabajadores de la salud, sus necesidades de formación, las remuneraciones e incentivos, el carácter complementario y el trabajo en equipo, así como las funciones y cargos que deben repensarse a la luz de las redes asistenciales.

Está bastante aceptado que los trabajadores del sector de la salud, en especial los profesionales, actúan de manera compleja y estratégica, adecúan sus metas en función del contexto en que se desempeñan y son participantes relevantes en cualquier proceso de cambio. En resumen, no se trata de recursos entendidos como objetos pasivos de intervención, sino de participantes con valores y capacidades que merecen ser considerados y apoyados.

Los profesionales de la salud tienen un alto grado de formación y conocimientos, además de plena conciencia de la importancia de su buen desempeño; en este sentido, actúan como agentes de la comunidad y de sus gestores y autoridades de salud. Además, cuentan con discrecionalidad amplia en su actividad, porque sus contratos son necesariamente incompletos y dejan a su buen juicio gran parte de las decisiones, como las relacionadas con la generación de gasto. Por estos motivos se insiste en tener consideración especial por el recurso humano profesional cuando se van a impulsar cambios institucionales de diferente alcance en el sector salud, de modo que se reconozca la singularidad de estos trabajadores y la pertinencia de sus aspiraciones de autorrealización.

Por las mismas razones, la preocupación por la formación de pregrado y la educación continua, y el rol que cumplen en ella los hospitales, es muy relevante. En el caso del pregrado, en el documento ya citado, *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*, se recoge muy apropiadamente esta discusión al afirmar que “la formación en salud, centrada en el aspecto curativo, con alta tendencia a la superespecialización, distante de las necesidades mayoritarias de salud de las poblaciones y de los requerimientos de sistemas basados en la atención primaria de la salud, que aún hoy se encuentra en muchos de los países de la Región, se relaciona en gran medida con la utilización prioritaria de los campos clínicos de los hospitales de mayor complejidad, generalmente concentrados en las capitales y en zonas urbanas, como aulas y espacios de aprendizaje de técnicas y habilidades” (4).

Actualmente, se lleva a cabo una reflexión amplia acerca de la inconveniencia, en el ámbito de la formación, de preferir el acercamiento a la tecnología de última generación y los contenidos especializados al reconocimiento de las prioridades de salud de la población. Por ello, se plantea la necesidad de diversificar más los espacios de aprendizaje para dar una formación más coherente con la realidad epidemiológica y la necesidad del trabajo en equipo y en redes de atención. Los hospitales deberán contribuir en esa transición, ya sea en el ámbito del aprendizaje intramuros como mediante la creación de espacios de aprendizaje y construcción de conocimiento en todos los establecimientos de salud. Durante los próximos años debe propiciarse un avance acelerado hacia la formación en servicios ambulatorios y comunitarios con lógica de red (26).

También se ha señalado la necesidad de facilitar una formación troncal de especialistas que promueva la migración de los profesionales de unas áreas a otras y la formación de competencias profesionales que permitan realizar tareas antes restringidas a ciertas especialidades. Por su parte, la formación continua debe considerarse parte esencial de la calidad de vida laboral y orientarse a acompañar los procesos de transformación de los hospitales en infraestructuras compatibles con el funcionamiento en red.

El equipo humano de salud es otro elemento importante. En el caso de los hospitales, se ha conformado históricamente en torno a la dirección de médicos especialistas. Una de las preocupaciones cotidianas de la buena gestión hospitalaria ha sido cómo concentrar la labor del personal médico especializado en las funciones para las que son claramente insustituibles y ampliar el espacio laboral de otros profesionales y trabajadores de apoyo. Este concepto tiene hoy un nuevo desafío cuando el hospital debe verse como parte de un equipo más amplio, que incluye a trabajadores y profesionales que se desempeñan fuera del propio hospital. En la construcción de redes, se trata de conformar equipos que no solo sean interdisciplinarios, sino que estén compuestos además por miembros de distintos establecimientos de salud con miras a ampliar los espacios de atención ambulatoria.

Un elemento que también es necesario analizar y poner a punto es el relacionado con las políticas de contratación y retención del recurso humano, con el fin de dar valor especial a la carrera sanitaria y a la existencia de incentivos. Uno de los temas de mayor preocupación se relaciona con las grandes desventajas de los mecanismos utilizados más frecuentemente para remunerar a los médicos. Así, el pago por intervención, premia la inducción de la demanda, la derivación excesiva entre especialistas y la prestación de servicios innecesarios. Por otra parte, la asignación de un salario fijo socava la productividad y conduce a una mentalidad burocrática que no propicia la solución de problemas. Y, por último, la capitación premia la selección de los riesgos con el fin de alejar a los enfermos crónicos. Existen experiencias que combinan estos mecanismos mediante pagos fijos y variables en una cultura institucional adecuada y favorecen la productividad y la búsqueda de resultados. En los servicios públicos y burocráticos, como son la mayoría de los hospitales, es posible ir disminuyendo la proporción del salario fijo y aumentar la parte del ingreso variable en función de los resultados.

En lo que tiene que ver con el impulso del funcionamiento en red, se han propuesto distintos estímulos vinculados a la remuneración, como propiciar un aumento del porcentaje relativo de consultas nuevas de personas derivadas de la atención primaria frente a las visitas de control de pacientes antiguos o derivados por el propio hospital. También se propone premiar la reducción de las listas de espera, independientemente del número total de prestaciones, de modo que el especialista se vea beneficiado si el médico general aumenta su capacidad resolutive y no deriva un número excesivo de personas. En todo caso, será necesario explorar mecanismos de pago dinámicos, que se vayan adecuando a los objetivos que se acuerden entre los gestores de la red y de los hospitales y el equipo clínico.

Con respecto a los sistemas de incentivos, se suele proponer la instauración de programas mixtos (más grupales que individuales y más en especie que financieros) que evolucionen de acuerdo a los objetivos de la red. Entre los incentivos no financieros se incluyen la concesión de autonomía

en el trabajo, flexibilidad de horario, acceso a formación y reconocimiento de la labor realizada. En cualquier caso, los incentivos deberían tener ciertas características que mejoren su eficacia, como que los objetivos sean claros, medibles, realistas y aplicables; que reflejen las necesidades y preferencias de los profesionales; que se adecúan al contexto; que sean justos, equitativos y transparentes; y que los haya de carácter financiero y de otro tipo.

Más recientemente, se ha destacado significativamente la necesidad de que los trabajadores se identifiquen con la institución en que trabajan. En la bibliografía económica, se observa que la motivación intrínseca depende de cómo los trabajadores se ven a sí mismos en su relación con su empresa. Es necesario que los trabajadores y especialmente los profesionales se identifiquen con su puesto de trabajo, con su equipo y con su organización. De este modo se crean identidades que aumentan la productividad y el logro de resultados. Según Akerlof y Kranton “un cambio en la identidad es el motivador ideal si el esfuerzo de un trabajador es difícil de observar o recompensar”. Los expertos son críticos con la utilización exclusiva de incentivos monetarios en ambientes donde la motivación intrínseca de los trabajadores juega un rol clave. Se advierte que incluso se pueden producir efectos contrarios a los buscados (27).

Otros elementos que influyen marcadamente en el quehacer de los equipos de salud son la revalorización creciente de los derechos de las personas, la humanización de la atención y la satisfacción de los usuarios. No podría ser de otra manera, porque la atención de la salud es, ante todo, una interacción entre personas en la que se espera que el profesional, con base en su saber, sea capaz de interpretar las necesidades de las personas y las demandas de su comunidad. Esa función requiere no solo de conocimientos científicos y técnicos, sino de destreza relacional para entender y transmitir sus hallazgos e indicaciones. Para desempeñar bien la función, se necesitan profesionales comprometidos, disponibles y capacitados en establecer interacciones, considerando el carácter intensamente emocional, para las personas y sus familias, de una situación de enfermedad o dolencia. Los especialistas señalan que para ello se precisa un trabajo de sensibilización, en función del impacto de esa interacción en la vida y la salud de las personas. El trabajo de sensibilización debe abarcar una amplia variedad de trabajadores y para realizarlo habrá que estar permanentemente atento para detectar prácticas o acuerdos de trabajo afines a este abordaje.

Otras tres tendencias han irrumpido en la reflexión e investigación sobre los funcionarios de salud y están influyendo en los sistemas de salud. La primera es el aumento creciente de la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo. Esa realidad suele ir acompañada de demandas de jornadas parciales y cambios en los modos habituales de organización del sector, lo que crea oportunidades y desafíos adicionales a la gestión en red. En segundo lugar, en algunos medios se ha observado una prolongación de la vida laboral de los médicos (postergación en la edad de jubilación) y el surgimiento de equipos de salud multigeneracionales. Tal situación también plantea interrogantes a la hora de establecer espacios de cooperación entre profesionales cuya formación es muy distinta. Por último, hay una preocupación creciente por la calidad de vida de los trabajadores y por la transformación de los hospitales en lugares de trabajo saludables. Una concepción integral del trabajo en salud exigiría “cuidarse para cuidar” (28). Muchos modelos de trabajo vigentes imponen demandas excesivas al trabajador e introducen dificultades que luego se reflejan en índices de ausentismo elevados, resentimiento y frustración, así como en expresiones psicósomáticas.

La gestión del recurso humano en el nuevo abordaje debe tener en cuenta todos los elementos anteriores y tratar de utilizar los instrumentos más adecuados para favorecer el desarrollo personal, así como nuevos modelos contractuales en red y nuevos perfiles laborales para la operación en red. El gerente debe verse como gestor de competencias y tener claro que es ese recurso humano el que va conformando la naturaleza de las instituciones. Su misión es lograr que los objetivos de las personas coincidan con los de la organización, para que cada uno alcance sus metas y proyectos en forma sinérgica. Una metodología que cada vez se aplica más es la gestión por competencias, que permite definir qué se espera que cada persona aporte a la institución y determinar conjuntamente la vía para lograrlo. La competencia se entiende como el conjunto de conocimientos, habilidades y capacidades humanas observables y medibles en la práctica, necesarias para conseguir un desempeño excelente en un contexto determinado (29). Por lo tanto, queda claro que, desde el punto de vista del hospital en red, es posible definir competencias específicas que abren todo un espacio de desarrollo para los profesionales y trabajadores de la salud. En todo caso, una de las competencias generales, fundamental en el contexto actual, es la disposición permanente a aprender, desaprender y volver a aprender en un marco de cooperación y colaboración. Para lograrla, es indispensable crear ambientes de trabajo estimulantes, que motiven a sus miembros y que proporcionen afecto, reconocimiento y compañerismo.

En lo relativo a los nuevos perfiles laborales para la operación en red, claramente la gestión consume recursos y, por lo tanto, es necesario contar con profesionales dedicados a ella. En las experiencias exitosas de implantación de redes es posible observar que en cada establecimiento de salud hay personas que se dedican parcial o totalmente a labores de coordinación asistencial. En algunos casos, esto surge naturalmente y habrá profesionales que se destaquen por su capacidad de construir acuerdos y mantenerlos vigentes. No obstante, la situación debe formalizarse progresivamente con personas idóneas y perfiles de cargo *ad hoc*. Dentro del propio hospital se requiere una disposición especial para que profesionales y otros trabajadores asuman plenamente las funciones que les permitan articularse adecuadamente con los establecimientos de salud pertinentes a su realidad. Junto con la creación de nuevos puestos de trabajo vinculados a la gestión de redes y la coordinación asistencial, será necesario aumentar las competencias de negociación y resolución de problemas, así como las destrezas en gestión del cambio (recuadro 7).

Por otra parte, los gestores deberán considerar la posibilidad de contratar personal como funcionarios de la red y no de un establecimiento hospitalario. Esa opción apunta a facilitar el desempeño mixto de grupos de profesionales de manera ambulatoria o de primer contacto, y no solo en el hospital. Así se contribuye a la conformación de una cultura común en la red asistencial. El gestor debe considerar también que los cambios propuestos conllevan nuevos requisitos de selección del personal y la disposición a asignarlo de manera diferente.

Todo lo anterior requiere un soporte de planificación de recursos humanos a nivel nacional que apoye el desarrollo de todo el sistema y en el que participen los sectores educativo y del trabajo.

Recuadro 7: Competencias de los gerentes

Consortio mundial para la profesionalización de la gestión de los servicios de salud

Líderes de organizaciones del sector público, el sector privado, organizaciones de gestores de servicios de salud e instituciones académicas, con aportes de profesionales de distintas áreas de la salud, han decidido unirse para responder al desafío de aumentar el nivel de reconocimiento de la profesión de gestión en los servicios de salud, desarrollando un directorio de competencias para líderes en el campo de la salud. El valor compartido por todos los participantes es el de la profesionalización del liderazgo y la gestión en los sistemas de salud a nivel mundial.

Para promover aún más estos valores compartidos y mejorar el liderazgo y las prácticas de la gestión en los servicios de salud, crearon un Consorcio Mundial para la Profesionalización de la Gestión de los Servicios de Salud que es reconocido y respaldado por la Federación Internacional de Hospitales (listado de participantes al final de este recuadro).

La necesidad de profesionalizar la gestión de los servicios de salud

Las autoridades de salud reconocen que la prestación de servicios de salud de calidad depende del uso eficaz y efectivo de los recursos. La profesionalización de la gestión en las organizaciones de servicios de salud mejora la eficiencia y contribuye a garantizar el mejor uso de recursos limitados.

Conforme la porción del producto interno bruto (PIB) asignada a la prestación de servicios de salud de las naciones continúa creciendo, la presión por una mejor capacidad de gestión continuará aumentando. Además, en la medida en que la gestión de los servicios de salud sea reconocida como una profesión, las personas se verán atraídas a la profesión, esta tendrá un mayor peso en la sociedad y será cada vez más relevante en el logro de mejores resultados en la salud de los pacientes y de la población.

Existe evidencia convincente de que el uso eficiente de los recursos y la calidad de los servicios de salud que se prestan mejoran cuando mejora la capacidad gestora de los líderes individuales y los equipos de trabajo.

Aun así, hay dos obstáculos clave para que las organizaciones que prestan servicios de salud obtengan los beneficios de la gestión profesional. El primero es la falta de una preparación adecuada en gestión de muchos líderes en el campo de la salud. El segundo es el hecho de que la función del gestor de servicios de salud no se reconoce como una profesión en todos los países.

Para profesionalizar la gestión en el campo de la salud y preparar a gestores altamente competentes, nuestro trabajo colectivo hasta la fecha ha identificado la necesidad de concentrarse en seis áreas cruciales: rendición de cuentas y transparencia, mejoras en los servicios, estándares educativos, integridad, el compromiso de compartir las prácticas destacadas y la igualdad en el acceso y prestación de servicios de salud.

El llamado a la acción

El Consorcio Mundial para la Profesionalización de la Gestión de los Servicios de Salud hace un llamado urgente a los gobiernos de la comunidad internacional en el campo de la salud a reconocer que el desempeño en los servicios de salud y las mejoras que se produzcan en él dependen significativamente de la existencia y la calidad de la gestión profesional de las organizaciones que prestan estos servicios.

Entre los principios fundamentales que sirven de base al desempeño de un gestor profesional en el campo de la salud se incluyen los siguientes:

- Una conducta ética, justa y equitativa en todo momento.
- El compromiso con el aprendizaje activo y permanente de buenas prácticas de gestión y de liderazgo.
- Demostración de esas prácticas de gestión y de liderazgo en la ejecución de sus responsabilidades diarias.
- Servir como un recurso para capacitar a gestores de servicios de salud de menor experiencia.
- Comprometerse a mejorar la salud de las poblaciones y de los individuos.
- Reconocer a las asociaciones de gestión de servicios de salud como los organismos rectores en el campo, y aceptar sus reglas, regulaciones y códigos de conducta.

El Consorcio también insta a la adopción del directorio mundial de competencias para la gestión de servicios de salud como la base inicial para el desarrollo de marcos y programas sobre la gestión de servicios de salud y para su uso por instituciones académicas y organismos relevantes de emisión de licencias y acreditadores.

El Consorcio promueve que se extiendan la formación y el fortalecimiento de organizaciones profesionales de gestores de servicios de salud que provean la infraestructura para que las prácticas efectivas de gestión de servicios de salud sean difundidas, mejorando así los resultados en las condiciones de salud y optimizando la utilización de los recursos. Se exhorta a los departamentos o ministerios de salud de los países a respaldar activamente el desarrollo de organizaciones profesionales de gestión de servicios de salud.

El Consorcio reconoce que los marcos de las capacidades deben continuar siendo flexibles y que es necesario adaptarlos a las circunstancias específicas de cada país. De acuerdo con esto, se entiende que las capacidades identificadas en el directorio pueden adaptarse para garantizar su relevancia en el contexto local.

Assumiendo la necesidad de un mayor avance en el esfuerzo continuo para desarrollar capacidades en el campo de la gestión profesional de los servicios de salud, los miembros del Consorcio convienen que deben implementarse las siguientes medidas, según las circunstancias y necesidades nacionales:

- Adopción del directorio mundial de competencias para la gestión de servicios de salud, como fundamento y base para la adecuación de los programas de desarrollo de gestión

de servicios de salud a todos los niveles de formación universitaria de pregrado y posgrado, y desarrollo profesional continuo.

- Adaptación de cada uno de los requisitos de las competencias, incluyéndolos a los sistemas de acreditación, lo cual debería basarse en evaluaciones y evidencias independientes de capacidades demostradas.
- Reconocimiento formal a nivel nacional de la gestión de los servicios de salud como una profesión.
- Implementación del desarrollo profesional con base en los méritos junto con una trayectoria profesional para gestores y líderes en el campo de la salud.
- Reconocimiento de las asociaciones profesionales de gestores de servicios de salud como actores clave para el diálogo sobre políticas relacionadas con el liderazgo y la gestión y para la promoción de la profesión.

Entidades participantes (2017): *American College of Healthcare Executives, Australasian College of Health Service Management, Canadian College of Health Leaders, European Association of Health Managers, Federação Brasileira de Administradores Hospitalares, Federación Andina y Amazónica de Hospitales, Federación Internacional de Hospitales, Federación Latinoamericana de Hospitales, Health Management Institute of Ireland, Hong Kong College of Healthcare Executives, International Health Services Group, Jamaican Association of Health Services, Management Sciences for Health, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria, Taiwan College of Healthcare Managers, THET Partnership for Global Health, University of the West Indies.*

4.5.1 Recomendaciones sobre recursos humanos

Con relación a los recursos humanos existe una extensa documentación y recomendaciones para lidiar con las principales preocupaciones sobre el tema (30). Sin ánimo de ser exhaustivos y con base en las recomendaciones de las reuniones de expertos realizadas en la Región de las Américas sobre la transformación de los hospitales, se destacan las siguientes:

- ◆ Para cada espacio laboral habrá que elaborar una descripción de nuevas competencias que faciliten y promuevan el trabajo en red, además de las nuevas funciones y los nuevos puestos de trabajo.
- ◆ Los procesos de transformación deben poner especial atención al recurso humano profesional, de modo que se reconozca su singularidad y la pertinencia de sus aspiraciones de autorrealización.
- ◆ Debe iniciarse el rediseño de las políticas de capacitación de los especialistas, en busca de la interrelación permanente con los establecimientos de salud de la red y el aumento de la capacidad resolutoria en los servicios ambulatorios.
- ◆ Es necesario poner especial atención a la feminización de la fuerza laboral y los desafíos que ello implica, así como la tendencia a la postergación de la edad de jubilación de los profesionales, especialmente los médicos.
- ◆ Los gestores deben priorizar la modificación de las capacitaciones y los entrenamientos para incorporar los valores y principios de la atención primaria de salud, así como el trabajo interdisciplinario y colaborativo. Esto debe hacerse con los funcionarios actuales y, sobre todo, como parte de la formación de pregrado.

4.6 Organización y gestión del cambio

Finalmente, es necesario hacer recomendaciones para la gestión del cambio. Estas deben tener en cuenta los diversos estadios de desarrollo de los hospitales y del propio proceso de configuración de las RISS, y agrupar experiencias y evidencia que apoyen las transformaciones sugeridas.

Para la mayoría de los especialistas, está claro que ni los cambios descritos en el entorno, ni la presión que ellos ejercen en las organizaciones, ni la carencia de un modelo de gobernabilidad basado en la gobernanza, ni siquiera la tan anhelada alineación de los incentivos a una gestión en red parecen ejercer efectos claros y en la dirección adecuada en nuestros hospitales. La cultura organizacional es muy fuerte y años de hacer las cosas de una manera que parece eficaz chocan con la presión “externa” para producir cambios que parecen pertinentes y urgentes.

La resistencia al cambio tiene que ver además con dos errores ya demasiado repetidos en la formulación de políticas públicas. El primero es el énfasis en el diseño más que en la aplicación, cuando, siguiendo la lógica de Pareto, es evidente que 80% del éxito de las reformas depende de su puesta en marcha. El segundo error está en el diagnóstico equivocado, inadecuado o inexistente de los parámetros organizacionales en los que se va a intervenir. Por estas razones, algunos autores plantean que hay que abandonar la distinción entre formulación (o diseño) y aplicación (o gestión) de políticas. Se propone, más bien, que en la práctica las políticas están en un proceso permanente de rediseño, a medida que los gestores descubran elementos no previstos durante su aplicación. En consecuencia, lo correcto es considerar que las políticas se conforman y moldean en la realidad. Un buen gestor debe ser capaz de ajustar los parámetros de aplicación sin perder de vista los objetivos.

Las exigencias de cambios a los organismos públicos en años recientes han tenido la dificultad de no contar con una descripción adecuada de los mecanismos de organización. Por otra parte, se espera de ellos el mismo comportamiento que de las instituciones privadas, sin que se entienda que tales exigencias, frecuentemente, no conciben con la naturaleza organizacional de las instituciones públicas. Las analogías entre lo público y lo privado, en muchas ocasiones, se hacen sin prestar atención a que en lo público sí importa mucho cómo se hacen las cosas.

Otra recomendación es que hay que romper con la aproximación compartimentada (en silos) de la información y el conocimiento que se da en los hospitales. También se sugiere utilizar mecanismos de comunicación social para acompañar los procesos de cambio con la opinión pública.

4.6.1 Liderazgo para el cambio

Es necesario determinar las competencias básicas de un líder para llevar adelante los procesos de cambio en salud, que sean de aceptación internacional y adoptada de manera sistémica. Los resultados de ese proceso tendrán implicaciones políticas importantes para las autoridades nacionales de salud que buscan fortalecer la capacidad de gestión y liderazgo transformador en la construcción de sistemas de salud (31).

En este aspecto es posible recoger tres recomendaciones generales que se deben tomar en cuenta para crear liderazgo en salud: seleccionar a los líderes que en diversos niveles prestan un servicio comprometido y apoyarlos; prestar atención a aquellas esferas o establecimientos donde el compromiso político y el clientelismo ha primado sobre el desempeño global del sistema, y

aumentar el aporte del personal de enfermería y otros profesionales a los procesos de cambio en todos los ámbitos del sistema, porque agregan valor y transfieren más fácilmente los beneficios al cuidado de las personas.

El cambio debe ser gestionado, tener seguimiento y ser reevaluado permanentemente, para lo cual el liderazgo deberá ser coherente con los objetivos planteados. Asimismo, ha de ser inclusivo, es decir, horizontal, y contar con una gran capacidad de comunicación. La experiencia señala que la estabilidad de los equipos gerenciales en los hospitales favorece el desarrollo organizacional y los cambios como los que se espera que surjan durante la instauración de RISS.

La información y la transparencia son vitales en momentos de cambio organizacional en los que hay que lidiar con temores, resistencias e intereses. Para la conducción de los procesos de cambio será necesario apoyarse en un estilo de liderazgo que se adapte a los diversos contextos y la madurez organizacional de los grupos y las personas. En este sentido, como señalan Artaza et al., “el peor estilo de liderazgo es el que, por incapacidad de escucha efectiva, no se acomoda a la situación” (4).

En esa lógica, es posible explorar las posibilidades que da la escuela de relaciones humanas, de la que han surgido propuestas de liderazgo, como la de Hersey y Blanchard sobre el liderazgo situacional, que considera que este debe variar según el grado de madurez de los seguidores, orientándolo a la tarea o a las personas, según el contexto. “La teoría de Hersey y Blanchard supone que el supervisor puede orientar deliberadamente su comportamiento y así adaptarlo al grado de madurez de sus subordinados” (32).

También hay nuevas técnicas, como el *coaching*, que pueden tener gran impacto al acompañar a quien debe gestionar el cambio, ya que el líder también necesita ese apoyo en este proceso.

4.6.2 La cultura organizacional

Hemos visto cómo las organizaciones que funcionan como burocracias profesionales poseen una cultura propia. Eso significa que tienen ciertas creencias, valores y prácticas en las que fundamentan su conducta. Cada componente de la organización tiene también su propia cultura, con lo cual se constituyen distintas subculturas dentro de la organización. En la cúspide estratégica, el personal, la tecnocracia, el núcleo operativo y los mandos medios probablemente tengan sus propios códigos.

La cultura organizacional es, por definición, la explicación aceptada del estar en el mundo, por lo que todo cambio en la cultura de la organización cambia ese estar en el mundo y genera resistencias y temores.

Para intervenir en una cultura organizacional es recomendable tener en cuenta los siguientes principios (4):

- ◆ Existe una cultura. Toda organización tiene sus particularidades, que se expresan en un modo peculiar de ser.
- ◆ Se requiere hacerla visible, conocerla. Para eso es necesario un diagnóstico compartido. Ya se ha visto que las culturas organizacionales son invisibles para quienes están inmersos en ellas. Si bien un recién llegado detecta con facilidad ciertos rasgos propios de ella, paulatinamente esos sesgos van desperfilándose y haciéndose invisibles para el observador. Desde fuera se pueden ver los elementos propios de la cultura de la organización, pero es conveniente que el

diagnóstico se haga en colaboración con personas pertenecientes al sistema, con el objeto de que ayuden a interpretar los rasgos culturales detectados.

- ◆ Los líderes de la organización, sus héroes (las personas más respetadas), son quienes más pueden contribuir al cambio de los rasgos culturales que se quieran modificar. Es conveniente que esas personas participen activamente en la intervención.
- ◆ Es necesario involucrar a un número máximo de miembros del sistema organizacional en el diagnóstico y la intervención. Una cultura será más fácil de cambiar si quienes la sustentan han participado en las diferentes etapas de la intervención. El diagnóstico y la intervención han de hacerse, y sentirse, propios. La forma de lograr la apropiación de parte de los miembros del sistema organizacional es involucrándolos en el proceso. Para que la intervención sea eficaz tiene que ser una “autointervención”.
- ◆ La intervención debe estar orientada a la acción. No se cambia la cultura de una organización en términos abstractos, sino que se la orienta positivamente hacia el logro de determinados fines concretos.
- ◆ La cultura existente debe ser reconocida y valorada. Es conveniente apoyar en ella la palanca para lograr su propia modificación.
- ◆ El cambio cultural solo debe intentarse en caso de ser estrictamente necesario. El cambio por el cambio no tiene ningún sentido en la cultura organizacional y, por lo mismo, puede ser un error y tener repercusiones si se intenta cuando no haya una necesidad clara.

En el cambio organizacional debe tenerse en cuenta que el ignorar la cultura de la organización puede dar lugar a una oposición importante. No obstante, si se la logra entender y promover el cambio a partir de ella, es un gran apoyo.

4.6.3 Recomendaciones sobre organización y gestión del cambio

En lo relativo a la organización y la gestión del cambio, se puede resumir lo planteado en las siguientes recomendaciones:

- ◆ Es clave conocer los aspectos más relevantes de la cultura organizacional y aprovechar los diversos aspectos favorables de la cultura organizacional.
- ◆ Debe ponerse atención a la adaptación de las intervenciones al contexto real sin perder de vista los objetivos.
- ◆ Es necesario aumentar la capacidad de liderazgo, en número de personas y preparación.
- ◆ Los cambios son más viables y sostenibles cuando incluyen la participación de los afectados.
- ◆ Un clima de confianza y respeto es esencial para promover cambios.
- ◆ Es más probable que un cambio suceda cuando se basa en éxitos previos y la identificación de buenas prácticas y de lecciones aprendidas de los mismos equipos que cuando se basa en la identificación de déficits, brechas o problemas.
- ◆ Comunicación, veracidad y reconocimiento de los avances son pilares para que el cambio sea posible.

CONCLUSIONES

En el presente documento hemos tratado de presentar el estado actual de la discusión sobre hospitales en red en la Región de las Américas. Muchos de los temas planteados, aun cuando estén bien orientados y cuenten con marcos teóricos sólidos, han surgido recientemente y la bibliografía es escasa con relación a la Región. No obstante, hay una convicción general de que se necesita urgentemente un programa común para transformar los hospitales.

En este documento se destacan las líneas estratégicas que, según los expertos, deben abordarse en la Región. Entre ellas, destaca la preocupación por la gobernanza, la asignación de recursos e incentivos, el modelo de atención, la incorporación de tecnología y la adecuación de la infraestructura, los recursos humanos y la organización y la gestión del cambio.

Para cada una de esas grandes líneas se proponen recomendaciones surgidas en la fase actual de la discusión. Estas recomendaciones son de carácter ilustrativo y no prescriptivo, con el fin de que sean analizadas por quien corresponda en función de su propio contexto y prioridades. En esencia, se trata de contribuir y alinear los diferentes elementos para lograr un cambio cultural, que permita repositionar a los hospitales como elementos clave de una red centrada en las personas. Asimismo, se espera potenciar los resultados del conjunto y lograr que la mirada al sistema, a largo plazo, sea parte de la labor cotidiana de todos los involucrados. Es, en ese sentido, en el que debe entenderse la preocupación por la gobernanza de la red, la importancia de los acuerdos clínicos entre niveles de atención, los mecanismos de pago que superen los presupuestos históricos, la programación en red de actividades y nuevas inversiones, la evaluación de las tecnologías de salud, los procesos de capacitación centrados en los valores de la atención primaria de salud y la elaboración de nuevos perfiles profesionales para el trabajo en red. Estas son algunas recomendaciones, entre muchas otras, que forman parte de una amplia variedad de intervenciones que deben ponerse en marcha de acuerdo a la realidad local.

Por otra parte, las líneas estratégicas y recomendaciones recogidas aquí, tienen por objeto lograr que lo que es hoy una visión compartida sobre los hospitales se convierta en realidad: que estos sean dinámicos y flexibles, estén centrados en su población y funcionen de manera interdependiente con otros tipos de establecimientos de salud. Deben tener para ello recursos humanos suficientes y competentes y recursos financieros suficientes y alineados con las prioridades y objetivos de la red para satisfacer las necesidades de la población. También deben contar con la infraestructura y la

tecnología necesarias para desempeñar plenamente su función en la red. Por último, tienen que ser capaces de dar cuenta de sus logros y resultados, mostrarse transparentes en su quehacer, funcionar como espacios seguros para los trabajadores y la comunidad, estar abiertos al cambio y contar con buenos equipos de gerencia.

Esta visión común debe proceder hacia una estrategia conjunta y seguir una hoja de ruta que permita que la transformación de los hospitales sea un componente principal de la construcción de redes integradas de servicios de salud; para ello es fundamental definir recomendaciones compartidas, adaptables y aplicables a los distintos contextos.

La elaboración de una carta de navegación acordada en cada país y la existencia de recomendaciones como las que se recogen aquí serán necesarias para favorecer la toma de decisiones alineadas con las propuestas de redes integradas de servicios de salud. El desarrollo del programa de trabajo requerirá nuevos encuentros de especialistas y gestores en cada país, con el fin de obtener recomendaciones compartidas aplicables al contexto nacional en particular.

También es evidente que el aprendizaje sobre esta materia deberá ser monitoreado constantemente y que habrá que poner en marcha mecanismos para que quienes toman decisiones en las distintas esferas de los sistemas de salud adopten oportunamente las mejoras.

La Organización Panamericana de la Salud ofrece cooperación técnica para acompañar los procesos de transformación de los hospitales a través de la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) y de diversas iniciativas de capacitación que se originan en los países. Sin duda, en el futuro muchas nuevas iniciativas en esta área deberán surgir en línea con las estrategias de cooperación específicas en cada Estado Miembro.

En esa línea, las comunidades de aprendizaje y los foros virtuales son instrumentos que tienen mucho potencial y complementan positivamente la discusión nacional e internacional actual. La cooperación técnica y la cooperación entre países también tienen una función relevante para adoptar lo aprendido de distintas realidades.

GLOSARIO

La mayoría de las expresiones usadas en este documento se encuentran ya definidas en el glosario del documento *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (3)* y no se repiten en esta publicación. Algunas expresiones no incluidas en ese documento son las siguientes:

1. **Accreditación externa.** Se refiere a un mecanismo de evaluación global de la calidad de un hospital a partir de estándares previamente conocidos aplicado de manera objetiva por entidades independientes del hospital evaluado.
2. **Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud.** Implica 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 las personas, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad, a dificultades financieras.

3. **Gestor de red.** Es un profesional directivo o un equipo de trabajo que, sin tener jerarquía directa sobre todos los establecimientos de salud de su red, ejerce funciones que favorecen el funcionamiento coordinado del conjunto. Sus funciones principales se relacionan con los ámbitos de gestión y asignación de recursos e incentivos. Es uno de los ordenamientos posibles que se dan como parte de la construcción de gobernanza durante la instauración y operación de las redes integradas de servicios de salud.
4. **Judicialización.** Para efectos de este documento, la expresión se utiliza en el sentido de llevar por la vía judicial o de los tribunales un asunto que podría conducirse por otra vía de resolución de conflictos, como la mediación o el acuerdo de las partes.
5. **Nodo de red.** Es un concepto propio de la teoría de redes. En el caso de las de salud, los nodos son los componentes autónomos e interdependientes que se relacionan para lograr los objetivos de la red. Desde un punto de vista más general, se pueden concebir como establecimientos, y en ese caso cada hospital y centro de atención ambulatoria es un nodo. Desde un punto de vista más operativo, se puede considerar que cada trabajador de la salud es un nodo que funciona en red, aunque trabaje en distintos establecimientos, cuando tiene vínculos que le permiten trabajar coordinadamente para lograr objetivos comunes (atender a una persona en particular).

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2).
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). 46.º Consejo Directivo, 57.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2005. Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2005.
- 3 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 DC: OPS; 2010.
- 4 Artaza Barrios O, Méndez CA; Holder Morrison R; Suárez Jiménez JM. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago (Chile): OPS; 2011.
- 5 Organización Panamericana de la Salud; Escuela Andaluza de Salud Pública. Evolución y tendencias futuras del hospital. Revisión bibliográfica sistemática. Granada (España): Escuela Andaluza de Salud Pública; 2012.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- 7 Klijn EH, Koppenjan J. Institutional design: Changing institutional features of networks. *Public Management Review*. 2006;8(1):141-160.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Ginebra: OMS; 1957. (Serie de informes técnicos, 122).
- 9 World Health Organization. Hospital planning and administration. Ginebra: OMS; 1966. (Monograph Series, 54).
- 10 Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. 6.ª reimpresión. Barcelona: Ariel Economía; 1999.
- 11 Martínez JM, Rufo P. Herramientas para la gestión de las personas en las organizaciones. Gestión por competencias. En: Temes JL, Mengibar M. Gestión hospitalaria. Madrid: McGrawHill; 2011.
- 12 Estrada Farfán M. Arquitectura Hospitalaria. Congreso de la Federación Peruana de Administradores Hospitalarios. FEPAS 2012. Lima, Perú.
- 13 Alfonso Casares Ávila. Ciclo de Conferencias Arquitectura Sanitaria. Marzo 2011. Real Academia Nacional de Medicina. España. Disponible en <http://www.ranm.es>.
- 14 Martín Martín JJ. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Madrid: Fundación Alternativas; 2003. (Documento de Trabajo, 14).

- 15 De Val-Pardo I. Centros hospitalarios. Pensamiento estratégico y creación de valor. España: Díaz de Santos; 2007.
- 16 OPS/OMS. La gobernanza en las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina. OPS; 2011. (Manuales para implementación de RISS, 2).
- 17 Flores W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Rev Salud Pública*. 2010; (Suppl 1).
- 18 Artaza O. Gobernanza y financiamiento para hospitales en redes. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. *Economía y salud: Aportes y experiencias en América Latina*. Santiago (Chile): OPS; 2011.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
- 20 Martín JJ, Del Puerto López M. Financiación de proveedores sanitarios. En: Temes JL, Mengíbar M. *Gestión hospitalaria*. Madrid: McGrawHill; 2011.
- 21 Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Modelo de salud integral. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2005.
- 22 Montenegro H, Ramagem C, Kwar R, Matheson D, Bengoa R, Fábrega R, et al. Making progress in people-centred care: country experiences and lessons learnt. *Int J Pers Cent Med*. 2012;2(2):64-72.
- 23 Organización Panamericana de la Salud. Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, D.C. Washington, D.C.: OPS; 2012 (resolución CSP28.R9).
- 24 Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Estudio de red asistencial: guía metodológica. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 1997.
- 25 Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de redes de servicios de salud. Washington, DC: OPS; 2004.
- 26 Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de Salud. Washington DC: OPS; 2008. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2).
- 27 Akerlof GA, Kranton RE. *Identity Economics: How Our Identities Shape Our Work, Wages and Well-being*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2010.
- 28 Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J. *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago (Chile): OPS; 2012.
- 29 Bases para el desarrollo de la Carrera Profesional del estamento médico en la Comunidad Autónoma de Galicia [Internet]. Xunta de Galicia; 2004 [acceso: 7 de abril del 2018]. Disponible en: <http://www.cig-saude.info/AGMEDICA/html/CP-Grupo-trabajo-conselleria-MESTESA.pdf>.
- 30 Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington DC. Washington DC: OPS; 2007 (documento CSP27/10).
- 31 Holder R, Ramagem C. Health leadership and management competencies: A systemic approach. *World Hosp Health Serv*. 2012;48(3):9-12.
- 32 Rodríguez D. *Gestión organizacional. Elementos para su estudio*. Santiago (Chile): Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile; 2002.

Para hacer frente a los problemas derivados de la fragmentación de los servicios de salud y superar los que son de carácter estructural, originados en la gran segmentación de los sistemas de salud en los países de la Región, en el año 2007 la OPS lanzó la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

En las RISS, los hospitales constituyen un agregado de instituciones especializadas que dan apoyo a un primer nivel de atención altamente resolutivo. El hospital en sí mismo aparece desfragmentado, lo cual es teóricamente correcto e innovador y, en cierto sentido, hasta visionario. No obstante, la propuesta de RISS no trata de disminuir la influencia de los hospitales en el sistema de salud ni la importancia de su función, sino que lo integra de modo tal que todo su aporte esté alineado con las necesidades de las personas y las comunidades. Los hospitales tienen una función fundamental en las redes, de hecho, sin hospitales no puede haber RISS, pero también debe reconocerse que sin redes eficaces los hospitales no pueden cumplir su función.

La propuesta RISS presenta un cambio en la función asignada al hospital, que ya no se concibe como la cúspide de una pirámide en la que la jerarquía está dada por la especialización, sino que el hospital pasa a ser participante de un servicio estructurado dentro de una red. Así, el hospital desempeña funciones específicas en el marco de un conjunto de procesos que cruzan la red una y otra vez manteniendo el foco en las necesidades de las personas y las comunidades.

Producto de un intenso proceso de debate y construcción colectiva, se resumen en este documento recomendaciones estratégicas para los seis ámbitos considerados prioritarios para el desarrollo de las nuevas funciones del hospital en RISS: gobernanza, asignación de recursos e incentivos, modelo de atención, tecnología e infraestructura, recursos humanos, y organización y gestión.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

