

Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales



REPRESENTACION OPS/OMS CHILE



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile - Catalogación

Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. *REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFÍO DE LOS HOSPITALES*. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

(N°1 Documentos OPS/OMS en Chile)

ISBN: 978-9568246-08-2

1. SISTEMAS DE SALUD
2. ECONOMÍA HOSPITALARIA
3. SISTEMAS NACIONALES DE SALUD
4. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
5. DESARROLLO SOSTENIBLE
6. CHILE

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

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Centro de Información y Conocimiento, Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile, Santiago, Chile, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

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.

Primera Edición Español: septiembre, 2011. Impreso en los talleres de Igd Ltda. 2.000 ejemplares.

Índice

Autores	9
Agradecimientos	19
Prólogo	21
Resumen Ejecutivo	23
Introducción	41
Capítulo 1: Hospitales y Redes Integradas de Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: conceptos y contextos	59
Introducción.....	59
1. Integración de los Servicios de Salud en Redes.....	60
2. El contexto sociopolítico en América Latina y el Caribe.....	64
2.1 Los hospitales en la década de los noventa.....	69
2.2 Tendencias actuales.....	73
3. Comentarios.....	75
Capítulo 2: Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud	83
Introducción.....	83
1. Modelo de atención.....	84
1.1. Un hospital modelado para redes.....	86
1.2. La función del hospital en red.....	87
1.3. Un modelo asistencial para redes efectivas.....	89
1.4. Herramientas para la integración.....	93
1.5. Mecanismos para la coordinación y la continuidad asistencial.....	95
2. Organización y Gestión.....	99
2.1. Un modelo de gestión para un hospital en red.....	99
2.2. Organización hospitalaria y gestión estratégica en red.....	100
2.3. Elementos de la organización para el hospital en red.....	103
2.3.1. Modelo general de organización.....	104
2.3.2. Diseño estructural alineado con la estrategia.....	106
2.3.3. Gestión por resultados.....	106
2.3.4. Los Centros de Responsabilidad.....	109
2.3.5. Gestión clínica a través de procesos integrados.....	110
2.3.6. La gestión de los cuidados.....	116
2.3.7. Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaría.....	118
2.4. Gestión y desarrollo de las Personas.....	119



2.4.1.	El hospital en la Formación de Recursos Humanos en Salud	122
2.4.2.	El Hospital y el Trabajo en Salud	124
	Comentarios	131

Capítulo 3: Ámbitos esenciales para la articulación hospitalaria en red

	Introducción	137
1.	Gobernanza y Estrategia	138
1.1.	Gobierno Corporativo como herramienta de alineamiento del hospital	138
1.2.	Instituciones de salud y Gobierno Corporativo	141
1.3.	Gobierno Corporativo de Hospitales en red	143
2.	Las tecnologías médicas y el hospital desde las RISS	148
2.1.	Adopción, difusión y uso de tecnologías en servicios integrados: determinantes y directrices	152
2.2.	Pruebas diagnósticas y red	152
2.3.	Medicamentos y red	154
2.4.	Tecnologías de la información y la comunicación (Tics) y red	156
2.5.	Protocolos, programas, guías y redes	158
2.6.	Algunos referentes encaminados a la integración	158
3.	Asignaciones e Incentivos	160
3.1.	Fundamentos para un financiamiento a hospitales en red	161
3.2.	Pago por actividad hospitalaria desde las Redes	167
	Comentarios	170

Capítulo 4: Gestión del cambio de la cultura organizacional para un modelo en redes

	Introducción	179
1.	El hospital en red	180
2.	El hospital en red y la metáfora de la máquina y el organismo	182
3.	Las personas como razón de ser del hospital en red	183
4.	El hospital en red actuando en tiempos de complejidad	184
5.	El hospital en red como comunidad humana de aprendizaje	187
6.	La práctica del actuar conjuntamente en el hospital y en la red	190
7.	Red de personas en el convivir asistencial	191
8.	Gestión del cambio	194



9.	Viviendo los cambios.....	197
	Comentarios.....	200
Capítulo 5: Diversidad y desafíos en algunas experiencias nacionales en Latino América		203
1.	Bolivia	203
1.1.	El Caso del Hospital Arco Iris.....	204
2.	Brasil	205
2.1.	Algunos casos de hospitales trabajando en redes.....	206
2.2.	Comentarios orientados a las políticas, estrategias y acciones para facilitar la gestión de hospitales en redes integradas – RISS – en el país.....	208
3.	Caribe de habla Inglesa	211
3.1.	Servicios de Salud en la OECS.....	211
3.2.	El Caribe Este, moneda única.....	212
3.3.	Servicio de Adquisición de Medicamentos (PPS).....	212
3.4.	Servicios Compartidos de Salud.....	213
4.	Chile	214
4.1.	La Reforma de Salud. Nuevo modelo y Autogestión en Red.....	216
4.2.	Experiencia del Consejo de Integración de la Red Asistencial de Ñuble, Región de Bio-Bio.....	217
4.3.	Financiamiento y redes en la experiencia chilena.....	218
4.4.	Ejemplo de Tics y redes en Chile.....	221
4.5.	Conclusiones y desafíos de la gestión en redes en Chile.....	222
5.	Colombia	225
5.1.	Experiencias de Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia.....	226
5.2.	Particularidades y desafíos en la implementación de RISS en el SGSSS de Colombia.....	227
5.3.	Financiamiento y redes en el caso Colombiano.....	230
6.	Costa Rica	232
6.1.	El caso del Hospital México.....	233



7. Cuba	235
7.1. De servicios fragmentados a un sistema nacional de salud	235
7.2. El SNS hacia el modelo de atención primaria	236
7.3. El caso del sistema provincial de salud de Cienfuegos	237
7.4. Comentarios desde la experiencia de Cienfuegos	240
8. Ecuador	242
8.1. La construcción de la Red Pública Integral de Salud en Ecuador	243
8.2. Emergencia hospitalaria: oportunidad para el desarrollo de la red	245
9. México	246
9.1. Redes de Servicios de Salud y participación de los hospitales	247
9.2. Políticas y estrategias para la gestión de hospitales en RISS	249
10. Paraguay	250
10.1. Contexto político y cambios institucionales en salud	251
10.2. El proceso de construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud	251
10.3. Redefinición de los establecimientos de salud de la red	252
10.4. La construcción de RISS en el Departamento Central	253
10.5. Algunas reflexiones	254
11. Perú	255
11.1. La experiencia de redes de servicios en el Perú	257
11.1.1. El subsistema público	257
11.1.2. El subsistema EsSalud	259
11.1.3. Otros subsistemas	259
11.2. La fallida propuesta de integración MINSA – IPSS	260
11.3. Aciertos, fallos, dificultades y desafíos para lograr RISS desde la mirada hospitalaria en el Perú	260
11.3.1. Aciertos	261
11.3.2. Desaciertos	261
11.4. Perspectivas y desafíos	263
12. Comentarios	264
Capítulo 6: Reflexiones para una agenda hospitalaria	265
Glosario	275



Editores Autores



EDITORES

Oswaldo Artaza Barrios
Claudio A. Méndez
Reynaldo Holder Morrison
Julio Manuel Suárez Jiménez

AUTORES

Resumen Ejecutivo

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Introducción

Reynaldo Holder Morrison

Médico Pediatra panameño. Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Latina de Panamá (2002). Asesor Regional en Hospitales y Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Hernán Montenegro von Mühlenbrock

Médico. Especialista en Salud Pública de la Universidad de Chile. Máster en

Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. Asesor Regional Principal en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Coordinador del Proyecto de Servicios Integrados de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

José Enrique Cabrera Sorrosal

Médico especialista en Medicina Intensiva y Anestesiología y Reanimación. Licenciado en Ciencias Políticas por la UNED. España. Máster en Gestión de Instituciones Socio Sanitarias. Universidad Complutense de Madrid. Asesor de Gestión de Hospitales en el Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) OPS Washington DC.

Capítulo 1

Claudio A. Méndez

Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Profesor Auxiliar de Sistemas y Políticas de Salud en el Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Capítulo 2

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Mauricio Bustamante García

Médico Cirujía General y Gestión de Servicios de Salud. Ha sido Secretario de Salud de Cundinamarca, Viceministro y Ministro (E) de Salud, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud en Perú. Gerente de Hospitales. Actual Director de Salud Internacional C.G., Consultor Internacional y Docente universitario.



Francesc Moreu Orobítg

Ingeniero Industrial. Máster en Dirección y Administración de Empresas por la Universidad de Delf (Holanda). Consultor de CHC Consultoría y Gestión del Consorcio Hospitalario de Cataluña.

Monica Padilla Diaz

Médica ecuatoriana con Maestría en Investigación y Administración de Salud, Salud Internacional (WDC) y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (FIOCRUZ Brasil). Consultora OPS Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Subregión Centroamericana y República Dominicana, con sede El Salvador.

José Luis Temes Montes

Médico Nefrólogo. Máster en Dirección de Empresas. Director Médico de Hospitales por la Escuela Nacional de Sanidad de España. Gerente de Hospitales por la Escuela Nacional de Sanidad. Director MESTESA Asesoría Sanitaria.

María Elena Varela Álamos

Psicóloga. Diplomada en Intervención Psicosocial y en Gerencia Social y Políticas Públicas. Profesional del departamento de procesos y transformación hospitalaria del Ministerio de Salud de Chile.

María Begoña Yarza Sáez

Médico Pediatra. Magister en Salud Pública, Doctora en Ciencias de la Salud. Ex Directora Servicio de Salud Metropolitano Sur. Directora Hospital Exequiel González Cortez.

Capítulo 3

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Enric Agustí Fabre

Médico. Diplomado en gestión hospitalaria. Máster en Economía de la Salud. Director General de empresa pública de Servicios Integrales Sanitarios Hospitalarios y de atención primaria de Cataluña.



Patricia Arratibel Ugarte

Licenciada en Administración y Dirección de Empresas por la Universidad Comercial de Deusto. Directora de Aseguramiento y Contratación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Carlos Campillo Artero

Doctor en medicina y cirugía. Máster en Salud Pública (Johns Hopkins University). Subdirector de evaluación asistencial (Servicio de Salud de las Islas Baleares, Mallorca, España). Docente en programas universitarios de máster. Evaluador del Fondo de Investigaciones Sanitarias y de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva. Ex funcionario y actual consultor de la Organización Mundial de la Salud.

Juan María Fernández de Gamarra y Betolaza

Médico Salud Pública. Formó parte del equipo que diseñó e implementó reforma a sistema de salud Vasco. Ex director de planificación, de aseguramiento y contratación sanitaria y del gabinete del consejero, y actualmente asesor del Ministro de Salud del país Vasco.

Cecilia Jarpa Zúñiga

Tecnólogo Médico, diplomada en administración en salud y en evaluación de proyectos sociales, ex jefa Departamento Comercialización del Fondo Nacional de Salud de Chile. Asesora de la Gerencia Comercial de la Red de Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Rony Lenz Alcayaga

Máster en Economía de la Universidad de Georgetown: Profesor de economía Universidad de Chile y Universidad de Santiago de Chile. Consultor principal de Lenz Consultores y Consultor del Banco Mundial para LAC en Financiamiento de la Salud y Procesos de Reformas de Salud.

Luz María Loo de Li

Médico Cirujano. Especialidad de Administración de Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Directora Ejecutiva de Planeamiento del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Vice presidenta Federación Peruana de Administradores en Salud –FEPAS-.

Alfredo Román Marchant

Ingeniero Comercial. Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Escuela Andaluza de Salud Pública, Universidad de Granada, España. Profesor de Economía de la Salud. Jefe de Finanzas de Servicio de Salud Metropolitano Norte.



Andrés Romero Celedón

Abogado, Magister en Gobernabilidad y Gestión Pública (Instituto Ortega y Gasset, España) y Magister en Gestión de Servicios de Salud y Empresas Sanitarias (Universidad Complutense de Madrid). Profesor del Programa MBA del Instituto Salud y Futuro de la Universidad Nacional Andrés Bello, Chile.

Boi Ruiz García

Médico especialista en traumatología, doctor por la Universidad de Barcelona. Presidente de la Unió Catalana d'Hospitals. Integrante de diferentes órganos de gobierno de entidades sanitarias y sociales de Cataluña. Profesor de pre y post grado en economía de la salud y gestión empresarial en salud. Ministro de Salud de Cataluña.

Santiago Venegas Díaz

Ingeniero Civil Industrial, Universidad Católica de Valparaíso, MBA Loyola University in Maryland, EEUU., Gerente General del Hospital Clínico Universidad de Chile. Directivo de la Sociedad Chilena de Administradores Hospitalarios y Socio Emérito de la Sociedad Brasileña de Administración Hospitalaria.

Capítulo 4

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Capítulo 5

Claudio A. Méndez

Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Profesor Auxiliar de Sistemas y Políticas de Salud en el Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Dr. Carlos Manuel Acosta Saal

Medico Anestesiólogo. Diplomado en Gerencia de Clínicas y Hospitales y en Desarrollo y Defensa Nacional. Maestría y Doctorado en Salud Pública. Director General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud del Perú.

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y



Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Carlos Ayestas Portugal

Médico Especialidad de Gestión en Salud Universidad Nacional Mayor San Marcos Lima Perú (2007-2010). Miembro del Equipo de Aseguramiento Universal de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud del Perú.

Mauricio Bustamante García

Médico Cirugía General y Gestión de Servicios de Salud. Ha sido Secretario de Salud de Cundinamarca, Viceministro y Ministro (E) de Salud, Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud en Perú. Gerente de Hospitales. Actual Director de Salud Internacional C.G., Consultor Internacional y Docente universitario.

Edgar O. Cáceres Vega

Médico pediatra, Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica, Profesor Universitario, Responsable de Control y Calidad del Hospital Arco Iris.

Bertha Cálcena de Spinzi.

Médica pediatra, con especialización en salud pública y diplomada en Gestión de Calidad en Salud Sexual y Reproductiva, Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos y Gerencia en Salud. Directora de Salud del Departamento Central del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Paraguay.

Teresinha Covas Lisboa

Doctora en Administración Universidad Mackenzie. Consejera Nacional de Federação Brasileira de Administradores Hospitalares. Directora de Asociación Brasileira de Administradores y de Sindicato de Administradores.

Marilyn Entwistle

Maestría en Administración Pública, Queens University, Ontario, Canadá (1982). Maestría en Salud Pública, Columbia University, New York (1993). Asesor de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS Jamaica Organización Panamericana de la Salud.

Libia Esperanza Forero García

Odentóloga. Especialista en Administración de Salud y Maestría en Medicina Social. Ha sido coordinadora de las Áreas de Análisis y Políticas de Salud Pública y de Servicios de Salud, Coordinadora de APS y actualmente Coordinadora Técnica de la reorganización de la red pública en la Secretaría Distrital



de Salud de Bogotá.

Tephany A Griffith

Microbióloga y Genetista Molecular Guyana. Maestría en Salud Pública, Yale University (2001). Especialista en Desarrollo de Sistemas de Salud Organización Panamericana de la Salud.

Dr. Reynaldo Holder

Médico Pediatra Panamá. Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Latina de Panamá (2002). Asesor Regional en Hospitales y Redes Integradas de Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud.

Cecilia Jarpa Zúñiga

Tecnólogo Médico, diplomada en administración en salud y en evaluación de proyectos sociales, ex jefa Departamento Comercialización del Fondo Nacional de Salud de Chile. Asesora de la Gerencia Comercial de la Red de Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sergio A. König

Médico especialista en tecnología de la información. Director del Centro de Información, Tecnologías y Gestión para Salud y Director de IT&GS Consultores Ltda. Chile.

Jorge Lastra Torres

Médico Cirujano, Magister Estudios Políticos y Sociales. Profesor encargado de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, ex Director del Servicio de Salud Metropolitano Central y ex Director Hospital el Pino, Director de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Félix León Martínez Martín

Médico, Magister en Salud Pública, investigador en salud y seguridad social. Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social FEDESALUD. Bogotá.

Eduardo Martinho

Administrador de Empresas. MBA Universidade de Santo Amaro. Asesor Técnico PRÓ-SAÚDE. Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Profesor de Administración Hospitalaria.

Dr. Irad Milton Potter

Doctor en Medicina Islas Vírgenes Británicas. Maestría en Salud Pública, University of the West Indies (1987). Director de Servicios de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social Gobierno de las Islas Vírgenes Británicas.



Ramiro Narváez Fernandez

Médico Pediatra, Gestor Hospitalario, Presidente de la Asociación Boliviana de Hospitales. Director General de Hospital Arco Iris.

Pedro Orduñez Garcia

Médico Internista y Salubrista. Pos doctorado en Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de John Hopkins. Doctorado en Ciencias de la Salud de la Escuela de Salud Pública de La Habana. Profesor Titular de la Universidad Médica de Cienfuegos y de La Habana. Asesor Regional de Enfermedades Crónicas de la OPS/OMS.

Mario Ramirez Larrañaga

Médico psiquiatra. Ex jefe del Departamento de redes asistenciales del Ministerio de salud Consultor del Consorcio Hospitalario de Cataluña, filial Chile.

Herman Redondo Gómez

Médico Gineco Obstetra. Postgrado en Gerencia en Salud y en Seguridad Social. Miembro del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (1994-2004). Presidente de ASMEDAS Cundinamarca por 8 años; Concejal de Bogotá DC durante el año 2006. Director de Desarrollo de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud.

Hernán Francisco Ramos Romero

Médico Cirujano. Graduado del Programa de Gobernabilidad y Gerencia Política de George Washington University en convenio con la Pontificia Universidad Católica del Perú. Gerente de Financiamiento en la Gerencia Central de Aseguramiento del Seguro Social de Salud - EsSalud.

Sergio Fernando Rodríguez Zanetta

Médico. Magister en Medicina Preventiva Facultad de Medicina Universidad de São Paulo. Director de Hospital Sírío Libanês de la Filantropia da Sociedade Beneficente de Senhoras.

Fernando Sacoto Aizaga

Médico Salubrista. Profesor Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador. Ex Subsecretario de Desarrollo Institucional Ministerio de Salud Ecuador. Coordinador Proyecto Integral de Salud MINSAL El Salvador - BID.

Julio Alberto Sáenz Beltrán

Médico, MSc. Ha sido Director de redes de servicios de salud en Colombia, Coordinador de programas de fortalecimiento de redes de servicios y de la



función de rectoría en Panamá. Director de hospital de III nivel. Docente Universitario. Asesor Secretaria de Salud de Bogotá. Colombia.

Alvaro Salas Chaves

Médico especialista en Administración de Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica. Máster en Administración Pública de la Escuela Kennedy de Gobierno de la Universidad de Harvard. Director de Centros Especializados de la Caja Costarricense de Seguro Social y Profesor de la Escuela de Salud Pública en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Costa Rica.

Javier Santacruz Varela

Médico Medicina Familiar. Maestría en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud. Director de Investigación Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México.

Paulo Roberto Segatelli Camara

Bachiller en Administración hospitalaria. MBA Universidad de Santo Amaro. Presidente de Federación Brasileira de Administradores de Hospitales. Superintendente PRO-SAUDE.

Julio Manuel Suárez Jiménez

Médico, especialista en psiquiatría, MSP de la Facultad de Salud Pública de La Habana, Cuba. Asesor para el desarrollo de sistemas y servicios de salud en la Representación de la OPS/OMS Chile.

Dr. Gabriel Vivas F

Médico Colombia. Maestría en Salud Pública, Universidad de Chile (1999) y en Administración de Salud, Marymount University, EEUU (2003). Asesor Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS Barbados y las islas del este Organización Panamericana de la Salud.

Olga Lucia Zuluaga Rodriguez

Médica Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud. Directora de Prestación de Servicios Eje Cafetero Grupo Saludcoop. Directora Ejecutiva Asociación de Hospitales del Risaralda. Directora Ejecutiva Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI.



Capítulo 6

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Reynaldo Holder Morrison

Médico Pediatra panameño. Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Latina de Panamá (2002). Asesor Regional en Hospitales y Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

Jorge Lastra Torres

Médico Cirujano, Magister Estudios Políticos y Sociales. Profesor encargado de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, ex Director del Servicio de Salud Metropolitano Central y ex Director Hospital el Pino, Director de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Claudio A. Méndez

Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Profesor Auxiliar de Sistemas y Políticas de Salud en el Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Julio Manuel Suárez Jiménez

Médico, especialista en psiquiatría, MSP de la Facultad de Salud Pública de La Habana, Cuba. Asesor para el desarrollo de sistemas y servicios de salud en la Representación de la OPS/OMS Chile.

Glosario

Oswaldo Artaza Barrios

Médico Pediatra. Magister en Administración de la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile. Director del hospital de autogestión en red Dr. Luis Calvo Mackenna. Secretario Ejecutivo de la Sociedad Chilena de Administradores de Hospital.

Reynaldo Holder Morrison

Médico Pediatra panameño. Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad Latina de Panamá (2002). Asesor Regional en Hospitales y Redes Integradas de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.



Agradecimientos

Agradecemos a: Dr. Eugenio Vilaça Mendes consultor independiente, especialista en planificación de salud (Brasil); Dr. José Ramón Repullo Labrador Jefe de Departamento de Planificación y Economía de la Salud Instituto de Salud Carlos III (España); Dr. David Lee Director, Technical Strategy and Quality, Center for Pharmaceutical Management (EEUU); Dr. Hugo Chacón Ramírez Jefe del Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica, Caja Costarricense de Seguridad Social (Costa Rica); Dr. Reina Roa, Directora Nacional de Provisión de Servicios de Salud Ministerio de Salud de Panamá (Panamá); Dr. Fernando Sacoto Aizaga, Profesor Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador (Ecuador); Dra. Verónica Rojas Villar Gerente Clínico eHealthSystems-Chile (Chile); Dr. Germán González Echeverri, profesor e investigador Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia (Colombia); Dr. Jonás Gonseth García Subdirector Médico Hospital General Nuestra Señora del Prado, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), Presidente de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha (SCLM) (España); Dr. Josep Lluís Segú Tolsa, Director de consultoría Consorci de Salut i Social, Cataluña (España); Dr. Renato Tasca Coordinador unidad técnica de servicios de salud representación brasilera de la OPS/OMS (Brasil); Dra. Gina Watson Representante de la OPS/OMS Honduras, Dr. Ricardo Fabrega Lacoa, Decano Facultad de Salud Universidad Central (Chile), a Verónica Bordalí Delgado (Hospital Luis Calvo Mackenna, Chile) quienes contribuyeron de manera importante a este libro como revisores y colaboradores.

Agradecemos especialmente a Álvaro Cortés Testart por su contribución al diseño de portada y a la Dra. Isabel Álvarez Arenas Subdirectora de Apoyo Clínico del hospital Luis Calvo Mackenna (Chile) quien apoyó la revisión editorial del texto.

También nuestro reconocimiento a: Dr. Ruben Torres, Gerente de Sistemas

y Servicios de Salud de la OPS; Dr. José Antonio Pagés, Representante de OPS/OMS en Chile; Sra. Carolina Saavedra, encargada de compras, cursos y seminarios de la Representación OPS/OMS en Chile; Sra. Andrea Águila, encargada del centro de información y conocimientos de la Representación OPS/OMS en Chile; y al Dr. Julio Manuel Suárez Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS, Chile, sin cuya entusiasta participación esta publicación habría sido imposible de concretar.



Prólogo



La fragmentación y segmentación de los sistemas, constituye uno de los desafíos más importantes para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la Región a los servicios de salud. La iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de nuestra Organización apunta esencialmente a la disminución y superación de este problema.

Pero formulado el marco teórico, que convoca unánimemente y compromete a todos los actores de los niveles decisorios, surge el notable obstáculo de la percepción social, y aún sectorial del hospital dentro de esas redes. Percibido en el imaginario como pilar central del sistema de servicios, y aún reconociéndose -cuando menos en lo discursivo- la importancia de la atención primaria de la salud, las asignaciones presupuestarias lo privilegian absolutamente, haciendo inconsistente aquel discurso, y su actividad como integrante de la red parece no admitir otro papel que el de eje central de las mismas, o aún de ignorancia absoluta de las relaciones de referencia y contra referencia.

Por ello, se hace imprescindible, redefinir esta ubicación y funcionamiento en el marco de las RISS, y esta redefinición no debe confundirse con una reingeniería de gestión o de *management* (más allá de la necesidad de ésta), sino que debe avanzar en una expresión conceptual del quehacer de los hospitales en la perspectiva de las RISS.

Nuestra Organización, así como quienes contribuyeron con sus ideas y conocimientos a la construcción de este libro, tenemos la absoluta convicción de que hacer hospitales “sin paredes”, más efectivos y eficientes, en el sentido social de cercanía y amigabilidad con las personas, y sostenibles en términos de aplicación de tecnologías incorporadas críticamente, no es posible, fuera de la perspectiva de las RISS, y que a la vez éstas pierden consistencia sin esta redefinición de los hospitales.



No es esta publicación un documento de posición sobre el tema, sino un conjunto de reflexiones respecto de inquietudes y preguntas, que cada uno de los colegas autores viene “amasando” como resultado de sus responsabilidades y experiencias en los distintos niveles de conducción de sus países. No es dable esperar entonces definiciones y recetas sobre gestión hospitalaria nacidas de una “task force” de expertos convocados ad hoc, y esta temprana advertencia pretende evitar una innecesaria pérdida de tiempo a quienes se hallen en esta búsqueda, y a la vez convocar a todos aquellos que puedan ayudarnos a responder colectivamente las preguntas e inquietudes aquí planteadas, de manera de avanzar hacia sistemas realmente integrados, que permitan alcanzar el común sueño de una América más equitativa y saludable.

Dr. Rubén Torres
Gerente a.i. Área de Sistemas de Salud Basados en la APS
Organización Panamericana de la Salud / Oficina Regional Organización
Mundial de la Salud. Washington D.C.



Resumen Ejecutivo



1. Antecedentes

El contexto socio económico de los países de Latino América y el Caribe (LAC) se caracteriza por la inequidad y la exclusión social. Persisten grandes grupos poblacionales en la pobreza y un marcado incremento de la urbanización de esta, con una concentración de la riqueza cada vez mayor y con crecientes indicadores de desocupación y de aumento del empleo informal. Aún subsisten carencias en el aprovisionamiento de agua potable y en los sistemas de saneamiento, persistiendo también vulnerabilidad en los sectores medios. Los sistemas de salud han sido reflejo de los procesos sociales, presentando un origen y un desarrollo histórico caracterizado por la segmentación y fragmentación de la provisión de servicios de salud y de los sistemas de seguridad social, lo que se ha mantenido en las últimas décadas por la influencia de los contextos políticos de las dictaduras militares y de reformas económicas de carácter neo liberal, que han reducido el tamaño y papel del Estado en muchos de nuestros países.

En la práctica los modelos de atención no están centrados en los usuarios de los sistemas y en sus demandas, sino que se enfocan en la recuperación de la enfermedad, desde una mirada excesivamente medicalizada y bajo las presiones de la industria de la salud por generar mayor consumo de tecnología. En los sistemas de salud el poder reside al interior de los hospitales y los procesos de asistencia médica están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no integrados con otros niveles de atención, generando pérdida de continuidad, de calidad y de economías de escala.

En ese contexto, los sistemas sanitarios en LAC deben enfrentar problemas de salud relacionados con la pobreza y responder a nuevos desafíos, resultantes de la transición demográfica y el cambio de perfil epidemiológico que se manifiesta en las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, trauma-

tismos). A su vez, deben responder al aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema, la introducción de tecnología y procedimientos de alto costo, cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto en el sector.

Los hospitales, por tanto, forman parte de sistemas fragmentados y segmentados cuyo modelo de atención está fuertemente orientado a lo curativo y que tiene como eje la actividad en relación a la cama hospitalaria, siendo esta última en donde se concentra el gasto económico, la atención comunicacional de la ciudadanía y la preocupación de los actores políticos.

Sin duda que es rol clave de los hospitales lograr eficacia en el quehacer asistencial ya que la ciudadanía da por supuesto una base de calidad técnica. Dicha misión pierde efectividad en contribuir a la salud de las poblaciones cuando los sistemas sanitarios, entre otros aspectos, están mal organizados, insuficientemente financiados, y no estructurados desde un primer nivel de atención de amplia cobertura y alta capacidad de resolución.

Dados el déficit de cobertura, la insuficiente resolutividad del primer nivel de atención y la crónica escasez de recursos, se vive particularmente en relación a la red hospitalaria pública una percepción de permanente “crisis”, en especial de expectativas, entre la demanda creciente de la población y una capacidad de oferta insuficiente del sector, determinada fundamentalmente por la ya señalada falta de cobertura en servicios básicos de primer nivel.

A pesar de los esfuerzos de organizaciones regionales y gobiernos -desde Alma Ata a la fecha-, por organizar los sistemas de salud de LAC sobre la base de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), éstos sólo se han podido concretar de manera embrionaria, con la excepción de países con fuerte tradición y consolidación de APS, tales como Chile, Cuba y Costa Rica, entre otros, justamente los que tienen mejores indicadores sanitarios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados, ha venido expresando la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)ⁱ en los sistemas de salud del continente. Asimismo, ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deberían ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la APS, con el objeto de que el usuario de los servicios perciba que sus

ⁱ La OPS define a las RISS [1] 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”.



cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo, no existiendo quiebres en la cadena lógica de sus requerimientos, independientemente de que reciba prestaciones en distintos establecimientos o dispositivos. Este concepto de servicios de salud integrados está, desde hace décadas, en el discurso sanitario de los países de LAC, sin embargo, discrepancias en el ámbito de instrumentar medidas reales de coordinación y cooperación inter institucional, han puesto obstáculos hasta hoy difíciles de revertir, teniendo como base una realidad social, económica y política que no contribuye en lo absoluto a la sustentabilidad de sistemas integrados.

En la mayoría de los países de LAC es el Estado a través de los Ministerios de Salud o los distintos arreglos de seguridad social, el principal o más importante aportador de recursos para los hospitales, por lo que podemos señalar que la gran mayoría de ellos -aún en la gran diversidad que caracteriza a los países de LAC- pueden definirse como hospitales de “función pública”, ya sean de propiedad de los Ministerios o de la Seguridad Social o privados, con o sin fines de lucro, que funcionan bajo algún tipo de convenio con las anteriores instituciones ya que bajo distintos arreglos, prestan servicios a personas carentes de recursos o derecho-habientes de seguridad social, sea por control de propiedad o diversas formas de convenio. Por lo tanto instalar RISS en nuestros países es una tarea que debe asumir el Estado a través de instituciones con adecuada capacidad de rectoría.

Este libro trata sobre el desarrollo de los sistemas de salud en LAC y los aspectos esenciales para instalar un modelo asistencial hospitalario compatible con RISS: el modelo de atención y de gestión del hospital, el enfoque de formación de su personal, su forma de gobierno, mecanismos de financiamiento y uso de tecnologías. Relata cómo actualmente funcionan los hospitales en algunos de los países de LAC y finalmente plantea algunas reflexiones sobre una agenda de futuro.

2. Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud:

Un hospital en la lógica de RISS, implica un nuevo modelo asistencial y éste se debe traducir en cambios -no fáciles- en la manera en que pensamos, actuamos y convivimos. El hospital en RISS requiere un modelo de organización y gestión diferente al de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos, con el objeto de lograr mancomunadamente, ciertas metas e impactos en una población determinada. Los atributos esenciales del modelo requerido se señalan en la tabla 1.



Tabla 1. Atributos esenciales en modelo de atención y gestión

Ámbito de atributos	A nivel de redes	A nivel de hospitales
Estrategia	<p>Planificación en red: Definición desde la red de las carteras de servicio, sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de retroalimentación, control de gestión y financiamiento.</p>	<p>Estrategia alineada con las necesidades de la población de la red.</p>
Estructura	<p>Población y Territorio: Los hospitales son parte de un sistema proveedor de servicios, estructurados en torno a una población y territorio a cargo definidos.</p> <p>Atención Integral: Diversos tipos de establecimientos -de distinta propiedad y dependencia-, prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, en forma armónica con las acciones de salud pública que se ejecutan sobre las personas y el medio ambiente en dicho territorio.</p> <p>Basado en Atención Primaria: Un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal altamente resolutivo, desde donde se modulen y coordinen los procesos asistenciales integrados, asegurando que las acciones se desarrollen en los lugares correctos, dotados de las competencias necesarias.</p>	<p>El hospital tiene autonomía de gestión, pero la red define el tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia.</p> <p>Estructuración de procesos asistenciales en términos de agregar valor a usuarios de la red: procesos clínicos diseñados y ejecutados en red.</p> <p>Descentralización interna: Gestión Clínica.</p> <p>Foco en atención ambulatoria.</p> <p>Atención según necesidad de cuidado de los usuarios (Atención Progresiva).</p>
Competencias	<p>Para conocer necesidades y expectativas de las personas usuarias.</p> <p>Para co-construir protocolos de atención y definición de carteras de servicios de los establecimientos y reglas de trabajo para que los procesos asistenciales se organicen y ejecuten integrada e integralmente.</p> <p>Para formar recurso humano “fuera del hospital” desde la óptica de RISS y de manera coherente con políticas nacionales y locales orientadas a fortalecer ámbitos tales como el fomento de la salud y la anticipación del daño; la integración de los procesos centrados en las personas como sujetos de derechos, y basados en la atención de primer nivel.</p> <p>Para conducir procesos de negociación y concertación de abajo-arriba para convenir formalmente metas y recursos, sistemas de información y retroalimentación, y mecanismos de retroalimentación y aprendizaje.</p>	<p>Para articular procesos asistenciales, logísticos y de mantenimiento de manera integrada y cooperativa; (economías de escala).</p> <p>Competencias para dar soporte a una gestión clínica organizada en torno a procesos y enfocada al desempeño.</p> <p>Para concordar y ejecutar metas sanitarias, organizando eficientemente procesos clínicos y de soporte.</p> <p>Para adaptarse a requerimientos de la red y de sus usuarios.</p> <p>Competencias para la mejora continua.</p>



3. Ámbitos esenciales para la articulación hospitalaria en red

3.1. Gobierno Corporativo

Los hospitales, especialmente los públicos, suelen tener serios problemas de agencia que se traducen en falta de alineamiento con la estrategia sectorial y por lo tanto, en desintegración, pérdida de eficiencia y de calidad. Ante dichos problemas y con el objeto de mejorar la capacidad de poner por delante las necesidades de las personas usuarias, teniendo resguardos del buen uso de los recursos utilizados en ello, es que se ha visto con creciente interés incrementar las competencias de buen gobierno de las organizaciones.

La adopción de prácticas e instancias de gobierno corporativo, mejora los estándares de gestión y satisfacción de los hospitales de función pública, especialmente porque genera mandatos estratégicos claros a los ejecutivos de los establecimientos, que consideren a todos los actores involucrados (sin sobre representar ciertos intereses) y permitiría una rendición real y efectiva de la gestión.

Para que las redes funcionen debe haber gobierno de red y clara diferenciación de las competencias de dirección con las de ejecución. Estas competencias, al estar fuertemente establecidas en arreglos institucionales, permiten alineamiento estratégico, integralidad y continuidad de la atención, aún en la diversidad de actores. La definición, mandato y control del “quehacer” sanitario es rol ineludible de un órgano directivo de la red y su ejecución puede estar descentralizada en entidades hospitalarias con capacidades crecientes de autonomía de gestión en lógica de red. Al respecto, se hace necesario que redes y hospitales implementen consejos directivos cuyos esfuerzos se dirijan a alinear esfuerzos tras objetivos sanitarios compartidos. En la tabla 2 se presentan algunas funciones de gobierno coherentes con una mirada de sistemas integrados.

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



Tabla 2. Funciones de gobierno para un funcionamiento hospitalario en red

Ámbito	Red	Hospital
Objetivos	<p>Definir las necesidades de salud de la población a cargo en base a los objetivos sanitarios o planes de prestación de servicios de carácter nacional.</p> <p>Definir una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.</p>	<p>Traducir objetivos de la red a visión estratégica del establecimiento.</p> <p>Verificar que planes operativos de corto y mediano plazo estén alineados con dicha visión.</p>
Clientes / usuarios	<p>Conocer expectativas de los usuarios.</p> <p>Indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación; control social y cuenta pública.</p>	<p>Definir políticas de participación de usuarios e instancias de concertación y participación de personal intern.</p> <p>Definir mecanismos de cuenta pública a usuarios y a la red.</p>
Procesos	<p>Definir la cartera de servicios de cada establecimiento que pertenezca a la red, sea por propiedad compartida (entidades estatales); o por relación convenida, sea por razones legales o contractuales (centros de salud municipales y/o privados).</p> <p>Establecer políticas de red en los ámbitos de inversiones y recursos humanos consecuentes con la visión estratégica y las respectivas carteras de servicios.</p>	<p>Ajustar estructura organizacional y procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a la cartera de servicios requerida por la red.</p> <p>Aprobar y evaluar planes gerenciales anuales en términos de metas asistenciales y financieras comprometidas con la red.</p>
Desarrollo	<p>Establecer sistemas de información, de referencia y contra referencia, y sistemas de control y retroalimentación.</p> <p>Establecer normas y procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de procesos asistenciales y/o logísticos integrados.</p> <p>Establecer planes de compra para cada establecimiento; asignaciones e incentivos a base de resultados.</p> <p>Constituir los gobiernos corporativos de los hospitales de la red.</p>	<p>Definir políticas y evaluar cumplimiento en los ámbitos de desarrollo de las personas; tecnologías; asignación interna de recursos; posicionamiento institucional e imagen corporativa.</p>



3.2. Asignación e incentivos

Hay que reconocer que aún cuando los hospitales atienden a un pequeño segmento de la población, consumen el grueso de los recursos de los sistemas sanitarios convirtiéndose, en la práctica, en un serio obstáculo para un enfoque centrado en la atención primaria, en la medida que no se asegura un énfasis presupuestario en acciones del primer nivel de atención. Es por ello que se deben desarrollar nuevos mecanismos de financiamiento (cuyos principios se describen en la tabla 3), que junto a dar sostenibilidad a los hospitales, efectivamente colaboren en un contexto de sistemas integrados.

3.3. Tecnologías

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

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (Tics) son potentes instrumentos de integración. Ejemplos abundan en el área de soluciones informáticas en los ámbitos de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones: ficha clínica electrónica; agendas en línea; telemedicina, utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios y un largo etcétera que cambia día a día con la velocidad de la innovación de la tecnológica actual. Todas estas soluciones pueden constituirse en ayudas reales, en la medida que efectivamente los procesos estén integrados desde las personas, sus hábitos de trabajo y formas de organización. Las Tics aceleran y facilitan procesos bien diseñados; asimismo nos amplifican los fallos, ya que evidentemente, no integran por arte de magia. Las Tics implican a su vez, un gran gasto de energía en gestión del cambio. Cuando no se han mejorado previamente los procesos y no se han previsto los esfuerzos en implementación suelen haber fracasos. Construir redes tecnológicas es un desafío pragmático, tejer redes humanas un imperativo épico y práctico.

Con el objeto de consolidar innovación, eficiencia, equidad y valor social añadido de las tecnologías como principios rectores en LAC, necesitamos de agencias independientes que asesoren en materias de regulación, adopción, uso y evaluación de las tecnologías. Dada la escasez de recursos de los países, quizás sea más factible generar estas agencias con carácter subregional y de manera cooperativa.



Tabla 3. Principios de un financiamiento para RISS

Ámbito	Red	Hospital
Macro	<p>Plan de salud país con objetivos sanitarios precisos y relacionados con presupuestos específicos.</p> <p>Modelo de atención que tenga como eje a la atención de primer nivel lo que debe traducirse en una proporción consistente y creciente del gasto público en salud hacia el primer nivel (o direccionado desde el primer nivel).</p> <p>Asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que pasen equilibradamente el riesgo.</p> <p>Reglas de financiamiento enfocadas más en los resultados (impacto) en salud que en número de prestaciones y basarse más en la demanda priorizada de la población y de las acciones más costo-efectivas para enfrentarlas, que tan solo en financiar oferta.</p>	<p>Financiamiento alineado en favorecer que los hospitales otorguen las atenciones que la red le demande en base a las necesidades priorizadas de la población, con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir tratamientos y/o procedimientos diagnósticos costo efectivos por efecto de asignaciones insuficientes.</p>
Meso	<p>Sistema de pago integral entre financiador (planificador) y proveedores en red, a fin de lograr los objetivos de la planificación macro.</p> <p>Sistema de pago capitativo corregido por los elementos clásicos (estructura demográfica, niveles de pobreza, ruralidad) y aplicación de una serie de incentivos o penalizaciones con relación al desempeño (<i>performance</i>) y los objetivos que se persiguen (cuando se logran metas sanitarias o de gestión relevantes).</p>	<p>Transferencias prospectivas a base de resultados comprometidos, productividad y complejidad.</p> <p>Mezcla de mecanismos de pago en los cuales se pague el sustento de la actividad regular del establecimiento y por sobre ello ciertas patologías específicas, de menor frecuencia y alto costo sobre la base de resultados (cáncer, trasplantes, cirugías de ultra especialización, etc.).</p>
Micro	<p>Generación de compromisos o contratos de gestión asociados a cumplimientos de metas de red.</p> <p>Capacidad de realizar control de gestión.</p> <p>Capacidad de generar incentivos positivos y negativos según desempeño.</p>	<p>Capacidad de levantar de “abajo-arriba” negociaciones – basadas en la confianza– con equipos clínicos y establecimientos en torno a metas versus requerimientos.</p> <p>Capacidad de traducir los objetivos de red a compromisos de gestión clínica, generando incentivos a la productividad, de forma de lograr alineamiento de los equipos clínicos, especialmente de los médicos por el liderazgo que ellos ejercen en los equipos.</p>



4. Gestión del cambio

Para que el hospital logre agregación de valor en contexto de RISS, no solo debe ver las necesidades de sus usuarios, sino que también ver las inquietudes de quienes prestan los servicios. La agregación de valor sucede en un espacio relacional. Aunque intervengan sofisticados elementos tecnológicos, es en el contacto persona-persona donde se juega una mayor o menor valoración, por parte de la ciudadanía, de las acciones del hospital y del sistema sanitario en su conjunto. Es en la capacidad de cada trabajador y trabajadora de la salud para tomar adecuadas decisiones, y acompañarse con el usuario como un legítimo otro en el *multiverso* que significan las acciones sanitarias, donde se expresará y hará realidad la agregación de valor, como una concatenación de coordinación de acciones entre múltiples puntos, nodos, o sistemas integrados.

Por lo anterior, se explica la necesidad de conducir procesos de cambio, cuyo foco radique en generar condiciones institucionales para: i) integrar los procesos asistenciales como una cadena de pasos interdependientes y cooperativos, que suceden en conversaciones (mediante el lenguaje) entre personas de distintas unidades de la organización y de fuera de ella; ii) potenciar la capacidad de aprender de las personas que trabajan en el hospital y por tanto, de producir un contexto adaptativo generativo, que les posibilite ponerse en el lugar del usuario y producir continua innovación, que permita, por una parte, resolver las expectativas del usuario y por otra, desarrollar el potencial de los propios trabajadores de la organización; iii) promover la incorporación al debate de cuestiones de “gobernanza hospitalaria”, que, por un lado, avancen hacia la genuina expresión del “propietario” de una empresa de función pública y por otro, consoliden adecuadas fórmulas de participación real de los usuarios en las distintas instancias de la vida cotidiana de los establecimientos, transparentando y regulando los conflictos de poder al interior de ellos, y entre éstos y los distintos dispositivos de la red asistencial.

Estos procesos de cambio, requieren de fuerte inversión en liderazgo participativo capaz de generar contexto organizacional, donde se compartan declaraciones básicas orientadas a la co-construcción de una identidad, misión y visión que vaya más allá de los muros del hospital y que posibilite agregar valor a la ciudadanía usuaria a través de la integración de los procesos. Visión potente que debe hacer “sentido” en quienes trabajan en el hospital al punto de “encarnarse” en el quehacer cotidiano y faciliten nuevas conversaciones que posibiliten una estructura organizacional diferente, basada en procesos y resultados que tienen a la persona como centro. Esto, comprendiendo que los procesos no comienzan ni terminan en el hospital y que los resultados son traducción y consecuencia de concertar voluntades entre distintos actores. Lo anterior requiere instalar en



la práctica cotidiana valores y hábitos que, reconociendo la necesidad de interdependencia, consoliden una cultura del aprendizaje y la cooperación para que los procesos en red sean fluidos y de calidad.

5. Casos de países

El diseño e implementación de RISS en los países de LAC representa una tendencia inicial y en su mayoría en etapa de implementación. En la tabla 4 se presenta una síntesis de algunos aspectos en la diversidad propia de nuestros países.

6. Comentarios finales

En el proceso de elaboración del libro, los autores constatamos que se está lejos de contar con experiencias que puedan ser presentadas como ejemplos exitosos de hospitales trabajando cooperativamente en red. Aún las mejores experiencias son todavía incipientes y casi anecdóticas, lo que implicará un largo camino por recorrer.

Así mismo planteamos que en respuesta a los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y socio culturales, los hospitales tendrán que redefinirse y abordar profundas reformas para hacer viable la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud. Este concepto lo entendemos esencial para mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

La instalación de RISS no surgirá de replicar las actuales estructuras y maneras de hacer las cosas. *No se podrá con más de lo mismo*. Nos asiste la convicción de que los problemas que aquejan a los hospitales en la actualidad, se agudizarán de no haber modificaciones sistémicas en la línea de los conceptos que están en la base de la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la Atención Primaria. Por otra parte, hemos planteado que no será posible implementar reales sistemas integrados sin generar cambios en y desde como diseñamos y realizamos los procesos asistenciales hospitalarios. Dicho de otro modo, no vemos posible RISS sin hospitales y no serán sostenibles hospitales sin RISS.

También planteamos que uno de los principales problemas para la instalación



de sistemas integrados en LAC, es la dificultad de los hospitales para comprender y asumir un nuevo rol. Estos no son independientes del sistema sanitario ni son ajenos al devenir social e histórico. La mayoría de los países de LAC, carecen de definiciones precisas en relación a objetivos sanitarios nacionales de mediano y largo plazo, así como de planes de beneficios explícitos que enmarquen políticas de financiamiento y prestación de servicios alineados a dichos objetivos. Es así que los países de LAC oscilan entre paquetes básicos de beneficios y planes declarados “universales” en el discurso, pero que solo ofrecen en la práctica “acceso universal a listas de espera”. Por otra parte hay sistemas de cobertura universal basados en seguridad social, como en Costa Rica, sistemas nacionales de salud de financiamiento y prestación pública, como en Cuba o de financiamiento público y prestación mixta, como en Brasil y un gran número que tiene hospitales dependientes del Ministerio de Salud para los pobres; hospitales de seguridad social generalmente adscrita a Ministerios del Trabajo para trabajadores formales; hospitales privados para quienes tienen recursos de bolsillo o planes de aseguramiento privado; y finalmente, hospitales de las fuerzas armadas o de grandes empresas. Dentro de esta diversidad, lo habitual, es observar hospitales sobredemandados y desfinanciados que autodefinen su oferta y presentan brechas históricas de financiamiento, de recursos humanos, de infraestructura y de tecnología.

Al existir una atención de primer nivel de insuficiente cobertura y resolutiveidad, la población sobredemanda a los hospitales, los cuales pasan a experimentar una suerte de “colapso crónico”, que está a la base de una cultura organizacional, caracterizada por la resignación y la negatividad y de un imaginario ciudadano que actúa presionando por más servicios hospitalarios a la par que reclama por la mala atención, todo lo cual potencia un círculo perverso de encuadre en la “situación hospitalaria” como sinónimo de los problemas sanitarios de los países.

Junto a la insuficiente cobertura en atención de primer nivel ya señalada, se añaden debilidades institucionales en funciones esenciales del Estado -por ejemplo en rectoría- que se explican por la falta de personas con las competencias necesarias, junto a la característica débil persistencia en las políticas públicas. La vida media de un Ministro de Salud en LAC apenas llega a un año y es habitual que cuando cambia un ministro -incluso de un mismo gobierno- este cambia a las personas y las políticas. A lo anterior, se agrega la falta de acuerdos nacionales o de políticas de Estado que posibiliten directrices de largo plazo que se traduzcan en cambios sostenibles que generen impactos en los modelos de atención y gestión de los hospitales. En este sentido, es loable el esfuerzo realizado en Perú por plasmar un “Acuerdo Nacional” en torno a salud, que ha posibilitado una legislación sobre un plan universal de salud y su implementación gradual a través de pilotos.



Tabla 4. Resumen de características de los sistemas de salud en algunos países de LAC; aspectos integradores y desafíos

País	Sistema de Salud	Aspectos integradores	Desafíos
Bolivia	Sistema Nacional de Salud con un enfoque centralista hospitalario, subsidiado por el Estado en paralelo a un sistema privado dirigido a grupos particulares.	Seguro público universal que tiene como uno de sus objetivos el fortalecimiento de las RISS.	Implementar de manera exitosa el Modelo Sanitario en perspectiva de RISS.
Brasil	Sistema Único de Salud -SUS- que comprende un conjunto de acciones y servicios de salud, prestados por organismos o instituciones públicas federales, estatales y municipales, así como privadas (generalmente sin fines de lucro) en convenio. Servicios privados para población usuaria "no exclusiva" de SUS.	Descentralización en contexto de adecuada rectoría y cultura de participación social.	Disminuir la segmentación de la oferta del SUS en relación a la del sistema suplementario, mejorando alianzas público privadas.
Caribe de habla Inglesa	Sistemas Nacionales de Salud como herencia de la historia inglesa en búsqueda de integración regional.	Sistemas cada vez más regionalizados de atención secundaria y terciaria.	Generar arreglos institucionales para servicios compartidos potenciando la atención de primer nivel.
Costa Rica	Constituido por todas las instituciones públicas y privadas de prestación de servicios de salud, además de la Caja Costarricense de Seguridad Social; el Instituto Nacional de Seguros que administra el seguro de riesgos profesionales; las universidades privadas y públicas como son la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, encargadas de la formación de Recursos Humanos; el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados; las municipalidades; y los servicios privados de salud.	Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud. Busca superar los esquemas basados en un enfoque predominantemente curativo y la atención de la libre demanda, que ha generado gran insatisfacción entre los usuarios y proveedores de los servicios de salud en el país, y poner en práctica un modelo de atención mucho más integral, que opere según los niveles de mayor equidad y solidaridad.	Adaptar la oferta sanitaria a los nuevos desafíos sanitarios derivados de los cambios epidemiológicos. Déficit de cobertura por movimientos migratorios. Mejorar la integración y la coordinación entre los niveles de atención, superando barreras jerárquicas y burocráticas.



Chile	Sistema de Salud partiendo con una extensión en la separación de funciones, al crear dos Subsecretarías de Salud, dependientes del Ministerio respectivo y con una serie de modificaciones en el financiamiento, el aseguramiento y también en la provisión de la atención.	Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y nuevo Modelo de Gestión. Se crea la Subsecretaría de Redes Asistenciales y reestructuran los Servicios de Salud hacia la "gestión de la red", con la formación de un Consejo Integrador de la Red Asistencial, una nueva ubicación para la atención de primer nivel y un nuevo diseño de administración, llamado: "autogestión hospitalaria en red".	La insuficiencia de recursos y la carencia de incentivos alineados con RISS, mejorar la gestión de la relación entre los actores de la red y la coordinación de acciones de ellos mismos, que plantea una tarea especial en la cultura de nuestros equipos de salud hospitalarios.
Cuba	Sistema Nacional de Salud. Sólida atención de primer nivel.	Integración vertical con lógica de mando y control. Cultura sistémica con valorización de la actividad de primer nivel.	Fortalecer el paraguas organizacional que permita coordinar las acciones de todos los componentes de la red. Primer nivel de atención estable para mejorar el desempeño y el compromiso de los trabajadores sanitarios con el sistema de salud. Perfeccionar la entrega de servicios especializados y la coordinación entre niveles.
Colombia	Sistema Nacional de Salud, con orientación de Atención Primaria en Salud, organización de redes de servicios por niveles de atención y escalones de complejidad tecnológica y descentralización de competencias y recursos en los entes territoriales.	Ley 1438 de 2011 que pretende dar respuesta a la refinanciación del sector, la Atención Primaria en Salud, el trabajo intersectorial para afectar los determinantes de la salud, creación de un Instituto de evaluación tecnológica; ajustes administrativos y financieros para la red de hospitales públicos y la exigencia de la conformación de Redes Integradas de Servicios (RISS).	Superar la dificultad de instalar RISS en un contexto que privilegia la competencia sobre la complementariedad de los prestadores, dado el modelo colombiano de mercado interno.



Ecuador	Organizado en tres subsectores paralelos: el público, dependiente del Ministerio de Salud, organizado según la división política del país; el de la seguridad social, con jurisdicciones diferentes y capacidad instalada propia o contratada; y el privado, con una amplia gama de provisión, desde consultorios ambulatorios hasta unidades de alta especialización.	Marco constitucional que reafirma el mandato de conformación de un Sistema Nacional de Salud, jerarquiza explícitamente a la Atención Primaria, y ordena la creación de una red pública de salud. La red pública integral será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado; con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.	Mejorar, la gestión al interior de los hospitales, profesionalizar la gestión médica y clínica e incorporar personal de disciplinas administrativas y económicas. Incluye adoptar prácticas gerenciales innovadoras que rompan la rigidez administrativa pública, cuando la conveniencia institucional y la oportunidad de la atención así lo demanden.
México	Sistema Nacional de Salud (SNS), Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Las tres instituciones mencionadas son la base sobre la que se edificó el sistema público de salud de México.	Modelo Integrado de Servicios de Salud (MIDAS). Define como estrategia para prestar servicios integrales de salud "el desarrollo de redes de servicios y la interrelación entre unidades con distintos grados de equipamiento, así como la integración funcional de recursos y unidades de atención para crear redes virtuales de unidades de salud para utilizar de manera eficiente los recursos públicos para la salud".	Decisión política para implementar RISS. Planear de manera conjunta acciones de salud para los espacios geopoblacionales asignados a la red y en la que participen todos los actores sociales involucrados. Evaluar el desempeño de las redes de servicios.



Paraguay	Hospitales dependientes del Ministerio de Salud no coordinados con los pertenecientes a la seguridad social. Sector privado y hospitales propios de FFAA en contexto de débil rectoría y de escasa cobertura en Atención Primaria.	Ministerio impulsa la construcción de RISS, basadas en la Atención Primaria de Salud. Se reconoce explícitamente la necesidad de dotar de adecuada capacidad resolutive al nivel primario, para asegurar un adecuado funcionamiento de hospitales y así reorientar, racionalizar y mejorar la atención. Fuerte impulso reciente a la generación de oferta de primer nivel.	Procurar la cohesión y el manejo de diferencias de enfoques y métodos por parte del equipo central del sector de la salud que ponen en riesgo la continuidad del esforzado proceso emprendido.
Perú	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Fragmentado por existir Hospitales dependientes del Ministerio de Salud, Hospitales dependientes de seguridad Social (Essalud) y Hospitales de FFAA y de seguros privados (EPS). Descentralización con débil rectoría.	En abril del 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud – Ley N° 29344 que pretende englobar al conjunto de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).	Lograr articular aseguramiento pese a que Seguridad Social depende de Ministerio del Trabajo. Lograr articulación de prestadores en torno a un Plan de prestaciones obligatorias de carácter universal, a través de arreglos inter institucionales. Lograr potenciar la Atención Primaria (dado que el foco está excesivamente puesto en los hospitales); Lograr evitar que la descentralización pierda valor debido a débil rectoría y al efecto de caudillaje y clientelismo local.



Por otra parte, recién surge la necesidad de contar con una masa crítica de personas con competencias gerenciales para conducir hospitales en LAC, así como la existencia de incentivos para contar con dichas competencias y de fórmulas de selección, basadas en el mérito y no en el clientelismo político. Ejemplos de ello son los avances en gerencia hospitalaria en Colombia, el sistema de Alta Dirección Pública en Chile, la formación de postgrado en administración en salud en Perú y la formación de pregrado en profesionales del ámbito de la administración hospitalaria en Brasil.

Los hospitales son empresas de alta complejidad que atienden a segmentos pequeños de la población, son responsables de la mayor proporción del gasto en los sistemas sanitarios y su actividad genera un gran impacto en la economía de los países y también un alto impacto comunicacional y político. Por lo tanto reformar los hospitales para incorporarlos a sistemas integrados, pasa necesariamente por efectuar cambios profundos en nuestros modelos de desarrollo y en nuestras políticas sociales. Dicho de otro modo, implementar sistemas integrados es una empresa difícil de generar y mantener en sociedades fuertemente estratificadas y marcadas por la exclusión social. Asimismo dificulta la instalación de sistemas de salud integrados la debilidad o carencia de políticas sociales coherentes, persistentes, de carácter universal y garantizadoras de derechos. Finalmente será obstáculo permanente el no ver la relevancia de generar cambios desde y con los hospitales (cambios culturales y organizacionales) que posibiliten la viabilidad de los sistemas integrados.

La visión de RISS será posible en todos nuestros países cuando en simultáneo se desarrollen políticas y conductas a nivel macro (cambios en nuestros modelos de desarrollo y políticas sociales); meso (modificaciones estructurales en gobernanza, en asignaciones e incentivos y en formación del recurso humano); y micro (cambios en la cultura organizacional).

En los aspectos macro, deben avanzar en temas como: (i) la construcción de un discurso de política de salud soberano sobre integración, salud y gobernabilidad; (ii) la articulación de las políticas de salud con políticas públicas saludables y la macroeconomía; (iii) el diseño de políticas de salud basadas en la equidad; (iv) el empoderamiento de las comunidades excluidas; (v) el desarrollo de ciudadanía en salud (derechos de las personas); (vi) el fortalecimiento del Estado en la salud pública, en su capacidad de diseñar políticas públicas en salud, de regular su cumplimiento, de articular a diversos agentes y actores públicos, privados y de la propia sociedad civil en la implantación de dichas políticas, y (vii) el desarrollo de sistemas de información que permitan medir la línea de base y los progresos en la accesibilidad a los servicios y la inclusión social de salud.



En los aspectos meso y micro es esencial que los hospitales alcancen mayores niveles de “madurez” organizacional, a través del logro de estándares básicos en gestión clínica y descentralización interna; gestión de su recurso humano, gestión financiera y logística; competencias para el trabajo coordinado en redes; participación ciudadana, entre otros, que permitan desarrollar organizaciones capaces de sostener eficientemente procesos asistenciales de calidad, alineados con las políticas de carácter nacional y de la red territorial. Para lo anterior son claves las competencias de liderazgo en los establecimientos para conducir eficazmente los procesos de cambio organizacional involucrados; una institucionalidad capaz de generar un “gobierno de red” y la existencia de incentivos financieros alineados para que lo señalado sea posible.

Pensar que toda esta construcción social que exige coherencia y persistencia a nivel de visión de país pudiera hacerse exclusivamente desde el sector salud es condenar esta visión al fracaso. Dicho de otro modo, lograr hospitales en lógica de RISS nos obliga a generar las condiciones sociales y políticas para que dichas transformaciones se reflejen en nuestros sistemas de salud. Estas condiciones requieren que tengamos la capacidad para acordar grandes consensos nacionales en el ámbito de la salud; flexibilidad para articular establecimientos de distinta propiedad y dependencia; comprensión de que se requiere fortalecer a las instituciones de salud particularmente en la capacidad de diseñar, implementar y regular políticas públicas persistentes; liderazgo y competencias para sostener procesos de cambio complejos; alineamiento entre objetivos, financiación y herramientas de implementación, capacidad para aprender de lo que funciona y finalmente generosidad para compartir yerros y buenas prácticas.

Lo anterior nos obliga a la generación de una agenda para el cambio hospitalario. Esta agenda debe colocar las preguntas, para ser respondidas colectiva y participativamente, con relación a cómo instalar tres grandes fuerzas actuando en simultáneo: gobierno para la integración; financiamiento e incentivos alineados y esfuerzos persistentes para el cambio de cultura organizacional.

Los autores planteamos dichas interrogantes desde la hipótesis de que la iniciativa de Redes Integradas en Salud -RISS- requerirá de cambios en la identidad hospitalaria y en la forma en que se relacionan distintos dispositivos de cara a las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud para pasar del discurso a la acción efectiva. Para que esto ocurra de forma eficaz, los autores plantean la necesidad de construir una agenda para el hospital del mañana desde tres premisas: 1) Sin los hospitales no habrá RISS; 2) Con los hospitales tampoco habrá RISS si persiste el *status quo* de la cultura organizacional hospitalaria actual; y 3) Sin RISS no se resolverán los problemas y retos actuales del hospital. Estas tres premisas requieren de un nuevo pacto entre gestores, el sistema de



salud y la sociedad, en el que el hospital conscientemente asuma una nueva posición y se enorgullezca de ella, no como consecuencia de ser “arrinconado” por la evolución de los costos, el perfil epidemiológico y la innovación tecnológica, sino por la comprensión de que esta nueva identidad le “hace sentido” ya que para los propios trabajadores hospitalarios pasa a ser mucho mejor resolver todo lo posible desde fuera de sus fronteras tradicionales, entendiendo ello como más “saludable” para todos: sociedad, sistema de salud, hospital, etc.

Esta opción del hospital por hacer posible RISS -opción estratégica donde se juega su propia sostenibilidad- requiere de otra proposición crucial: la necesidad insoslayable de incluir a las personas que trabajan en los hospitales en la construcción de redes integradas como objetivo compartido. De no hacerlo, nos estaremos condenando a la mantención del *status quo* y a hacer de los sistemas integrados “un elemento del discurso pero no de la acción”.

Desde los aspectos planteados, los autores señalamos nuestra disposición a colaborar con OPS en la instalación de esta agenda que haga posible hoy el hospital que soñamos.



Introducción

¿Por qué un libro sobre los hospitales en el marco de las RISS?

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe (LAC) enfrentan desafíos comunes, caracterizados por incrementos insostenibles de los costos de los servicios de atención, problemas de acceso inequitativo, pobre eficiencia técnica, baja cobertura de los servicios, baja calidad de la prestación, problemas de seguridad de los pacientes, pobre capacidad de gestión y ausencia de mecanismos de evaluación del desempeño y rendición de cuentas. A esto se suma la percepción de los usuarios de que los servicios son de pobre calidad y, en algunos casos, no pertinentes a sus necesidades y costumbres, y la marcada insatisfacción de la opinión pública.

En LAC la gran mayoría de los sistemas de salud se caracterizan por los altos niveles de fragmentación de sus servicios¹²³. Enfrentar la fragmentación de los servicios de salud y la fragmentación de los cuidados de la salud, constituyen los mayores retos y exigencias actuales que enfrentan las autoridades de salud a nivel regional y global. La visión tradicional de los hospitales como entidades “autónomas” y la falta de coordinación entre los servicios hospitalarios y otros dispositivos de la red de servicios, constituyen un factor importante de esa fragmentación y atentan contra la necesidad de nuevos modelos de prestación de servicios de salud más adaptados a las nuevas necesidades y que provean servicios de salud eficientes, efectivos y equitativos, de cuidados continuos y apropiados para preservar la salud y resolver los problemas de enfermedad de las personas, durante todo el curso de sus vidas.

Por otro lado la OPS ha planteado que los servicios hospitalarios tienden a concentrarse en las zonas urbanas, atribuyendo excesiva importancia a la atención altamente especializada y al uso de tecnologías costosas, y contribuyendo a ampliar la brecha entre la demanda y la oferta de servicios. Adicionalmente,

“existe un desequilibrio en la distribución de pacientes entre los hospitales del sector público y privado, basado en los planes financieros, a través de los cuales el sistema público generalmente se preocupa por los casos más costosos, mientras que los hospitales privados preseleccionan a los pacientes y limitan el acceso a los procedimientos más costosos”⁴.

Por otro lado, adolecen de poca capacidad gerencial y falta de sistemas de gestión y control de calidad vinculados a los procedimientos hospitalarios.

En todo el mundo los hospitales constituyen instituciones altamente valoradas por la sociedad y los profesionales que en ellos laboran son objeto de gran respeto, admiración y estima. Tener un hospital es para muchas comunidades y ciudades además de una garantía de seguridad, un signo de desarrollo y prestigio. Esto es aún más significativo si el hospital es una institución de reconocida solvencia científica y académica. Además, los hospitales son fuente importante de empleo, comercio y, en función de su prestigio, de atracción. A pesar de esta alta valoración, la opinión pública de muchos países se muestra insatisfecha con el estado de los hospitales, el cuidado que brindan y la calidad de sus servicios. Debido a esta situación de insatisfacción y la presión que ejercen los cambios en el paradigma de la salud, cada vez más se impone la necesidad de revisar el rol de los hospitales en el contexto de los servicios de salud y su función social.

La actual organización de los servicios de salud, y el papel que en ella se ha dejado al hospital, propicia toda una serie de anomalías en la atención (utilización de camas de agudos con pacientes que han dejado de beneficiarse de la atención médica y de enfermería intensiva, admisiones evitables de pacientes con problemas que pueden ser resueltos ambulatoriamente, uso excesivo o innecesario de recursos diagnósticos, saturación de los servicios de urgencia por pacientes con problemas menores que no requieren manejo hospitalario, etc.), lo cual requiere el rediseño de los modelos vigentes de organización de servicios.

De los establecimientos que componen los servicios de salud, los hospitales ocupan el porcentaje más alto del gasto público en salud y cada vez se cuestiona más si producen beneficios consistentes con el nivel de inversión en comparación a otros dispositivos de salud. Por otro lado, y debido a su importancia y prestigio ante la población, son objeto de gran atención política. En algunos casos preocupantes, esta atención política lleva a que muchas de las decisiones en países de la Región sobre inversiones en materia de nueva infraestructura hospitalaria, carezcan de fundamentación en la evidencia, las tendencias globales en el desarrollo de los servicios hospitalarios, y en las reales necesidades de las poblaciones que pretenden servir.



Los cambios en el entorno, sobre todo los retos que genera la transición demográfica y epidemiológica, las nuevas y cada vez más costosas innovaciones tecnológicas, sumado a los problemas de financiamiento y escasez de recurso humano calificado, obligan a una mirada, desde el hospital y desde el nivel de toma de decisiones de política, que permita esclarecer cuál es el rol estratégico del hospital en el contexto del cambio que experimentan los servicios de salud, cómo lograr un equilibrio entre el hospital y el primer nivel hacia el logro de servicios más integrados, y cuáles son las decisiones estratégicas necesarias para su sostenibilidad a largo plazo.

El Hospital: Tendencias

Las transformaciones que vienen generándose a nivel global y que presionan cambios en la concepción sobre el papel, función y modelo organizacional del hospital requieren que como región y en cada país, abordemos el debate sobre el futuro del hospital y del *hospital del futuro* desde la óptica innovadora y de largo plazo que brinda el marco conceptual de la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Todo esto en el contexto del convencimiento de que el hospital tiene y tendrá por mucho tiempo una relevancia importante en el sistema de salud.

Ahora bien, al decir hospital ¿de qué hospital hablamos? Las instituciones hospitalarias han cambiado a lo largo del siglo XX como consecuencia de muchos factores, incluyendo su integración en redes. Ya no podemos hablar de un solo tipo de hospital y hoy poco tiene que ver un hospital distrital de un país en desarrollo con un gran centro monográfico de cualquier gran capital del mundo. La definición podrá ser la misma, pero la distancia conceptualmente es enorme. Hoy el hospital tiene que concebirse en relación con la función que desarrolle en la red asistencial que viene caracterizado por su cobertura poblacional y la cartera de servicios que desarrolla, basada en su conocimiento, tecnología y complejidad.

En LAC hay un sin número de instituciones de diversa naturaleza y misión que reciben el apelativo de *“hospital”*. Los contrastes son disímiles; por ejemplo, existen unidades de atención ambulatoria con cinco o diez camas, atendidos por un médico general y/o una enfermera obstétrica o partera que reciben la denominación de *“hospitales de primer nivel”*. En otros, instituciones llamadas *“hospitales de distrito”*, son utilizados para albergar adultos mayores sin soporte familiar que no requieren atención médica o de enfermería, pero que por razones sociales se mantienen institucionalizados. Estos ejemplos, entre muchos, apuntan a la necesidad de consensuar una categorización más



clara acerca de qué constituye un hospital y que facilite hacer comparaciones en los procesos de investigación operativa. Por tanto, existe la necesidad de construir, juntos y en consenso, esta categorización como parte del debate a generar en torno a las *RISS y el desafío de los Hospitales*.

El cambio fundamental de la noción actual del papel y la función del hospital exige pasar de un “enfoque en la enfermedad” que convierte en objetivo clave del hospital el llenar (y mantener llenas) las camas hospitalarias, a un enfoque de entidad asistencial con un rol definido en apoyo al continuo de servicios integrados (red), compartiendo el objetivo de mantener el estado de salud de las personas y la población. De esta forma el hospital debe ir convirtiéndose en un actor “*inmerso en el conjunto de los proveedores de servicios asistenciales y no como el centro clave de la asistencia*”⁵.

Más aún, nuevos retos obligan a revisar aspectos importantes en el diseño y organización de los hospitales. La preocupación por la seguridad del paciente y los resultados, se han convertido en conductores importantes del cambio en la medicina.⁶ Por una parte, cada vez hay mayor evidencia y preocupación por los peligros de la atención intrahospitalaria y los eventos adversos asociados al atención de salud^{7,8}. No sólo ocurre un número significativo de incidentes adversos en los pacientes mientras están hospitalizados, sino que, además, la incidencia de infecciones nosocomiales (con múltiple resistencia a los antimicrobianos disponibles) está también creciendo^{9,10}. La realidad actual exige que los hospitales sean diseñados arquitectónica y organizacionalmente de forma que aumenten la seguridad y satisfacción de pacientes y empleados y mejoren los resultados de la atención al reducir las infecciones intrahospitalarias, los errores de medicación y las caídas.

Pero además, los hospitales tienen la obligación de convertirse en instituciones más sostenibles desde el punto de vista financiero y ambiental¹¹. Posiblemente existe un tamaño óptimo con el que los hospitales pueden ser sumamente eficaces y lograr economías de escala^{i,12} sin embargo, cada vez se insiste en que la base de la planificación debe ser la capacidad tecnológica y resolutoria apropiada para atender las necesidades de la población, y no el número de camas.

La estructura básica del hospital ha cambiado poco en el pasado el siglo, a pesar del cambio en la naturaleza de las enfermedades y de las posibles respuestas que necesitan. La tendencia internacional apunta a la organización de modelos de cuidados progresivos más en línea con la atención centrada en las personas y en oposición al modelo tradicional de salas por especialidad. Resulta preocupante, entonces, que en la actualidad en nuestra Región, toda-

ⁱ La mayoría de los autores están de acuerdo en que esto ocurre entre las 200 y 650 camas



vía se estén diseñando y construyendo hospitales que se adhieren a modelos tradicionales, a menudo sin pensar en los cambios que están ocurriendo en la atención de salud o de las necesidades del futuro cercano.

Por otra parte la presión sobre los hospitales para reducir los costos, con iniciativas como la introducción de sistemas de reembolso basados en la mezcla de casos (casuística), la eliminación de servicios duplicados, la reducción de los costos fijos¹³ y los cambios en las regulaciones de empleo ya están repercutiendo enormemente sobre la capacidad de hospitales relativamente pequeños para proveer los servicios¹⁴.

También el hospital requiere cambios con respecto a su relación con el resto de la red y a la planificación para atender las necesidades de las poblaciones a servir. Esto obliga a buscar mejores mecanismos de articulación con los otros dispositivos de la red (atención de primer nivel, otros hospitales, etc.) y los servicios sociales, la planificación conjunta (en red) de los objetivos de salud, la asignación de recursos y los mecanismos de pago.

En resumen, la transformación de los hospitales en la RISS implica un desafiante y complejo reajuste de la realidad actual y del *status quo*.

La Renovación de la Atención Primaria de la Salud y El marco de las RISS:

La conferencia mundial de la salud celebrada en Alma Ata en 1978, marcó un hito importante en el desarrollo de los sistemas de salud a nivel global, al definir una nueva visión y estrategia para el fortalecimiento de la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y promover el desarrollo de sistemas de salud más efectivos.

A tres décadas de distancia los valores y principios enunciados en Alma Ata, toman renovada fuerza con el reconocimiento cada vez más creciente de que los sistemas de salud basados en la APS, resultan más equitativos y obtienen mejores resultados en salud. El informe mundial de la salud del año 2008 plantea en ese sentido que la APS es ahora “*Más necesaria que nunca*” y convoca a nuevas reformasⁱⁱ necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia el ideal de salud para todos.

En materia de servicios de salud, el informe de la OMS 2008 plantea la nece-

ⁱⁱ a) Reformas en pro de la cobertura universal, b) Reformas de la prestación de servicios, c) Reformas del liderazgo, y d) Reformas de las políticas publicas.



sidad de reformas “*para conseguir sistemas de salud centrados en las personas*”, lo que implica la reorganización de los servicios de salud en torno a las necesidades de las personas a fin de garantizar mayor pertinencia y efectividad, con un enfoque de valores, principios y derechos. Este llamado genera a nivel global nuevos retos y la necesidad de encontrar nuevas formas de organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud.

Para enfrentar estos nuevos retos y en ocasiones, anticipándose a las iniciativas globales, los Estados Miembros de la OPS han acordado estrategias para avanzar en esa dirección, mediante procesos de renovación de la Atención Primaria en Salud (APS), caracterizados por la transformación y consolidación de sistemas de salud basados en la APS definidos como “*...un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema*”¹⁵. Estas estrategias de renovación convocan a los países de la región a completar la implementación de la APS, allí donde este proceso haya fallado o esté inconcluso, a fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos, y a incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano.

Consecuentemente, el Consejo Directivo de la OPS aprobó en 2009 la resolución CD49.R22 sobre *Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud*. El documento, además de expresar la preocupación de los Estados Miembros “*por los altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y por su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud...*”, expresa el convencimiento de “*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*”.

La OPS 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*”¹⁶. La propuesta de RISS introduce *atributos esenciales* que definen una red integrada enmarcada, a su vez, en cuatro *ámbitos de abordaje*. (Ver cuadro sobre ámbitos de abordaje y atributos esenciales de las RISS tomado del libro “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de políticas y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” OPS Washington 2010).

Estos atributos esenciales son producto “de una extensa revisión bibliográfica y de las diversas consultas realizadas como parte de la iniciativa” de la OPS. Mas aún, el documento de la OPS señala que “...dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, no es posible prescribir un único modelo



Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de Abordaje

Modelo asistencial	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud	1
	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública	2
	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	3
	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4
	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	5
	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población	6
Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza único para toda la red	7
	Participación social amplia	8
	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	9
Organización y gestión	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	10
	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	11
	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	12
	Gestión basada en resultados	13
Asignación e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	14



organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles. El objetivo de política pública entonces es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema”.¹⁷

Diversos estudios sugieren que las RISS pudieran mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas¹⁸. La reducción de los costos de producción se obtendría a través de mejoras en la costo-efectividad de los servicios, reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejorías en las economías de escala y de producción conjunta, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se asocian a su vez con mejorías en la calidad de la atención. Además, las RISS tenderían a mejorar el nivel de ajuste entre los recursos del sistema y las necesidades de salud de la población, a través de un mejor balance entre especialistas y generalistas. En términos financieros, los sistemas integrados se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos. Y, desde el punto de vista clínico, la continuidad asistencial se asociaría a mejorías en la efectividad clínica, en la capacidad de respuesta de los servicios, en la aceptabilidad de los servicios, y en la eficiencia del sistema de salud¹⁹.

El desarrollo de las RISS requerirá ajustes continuos en la oferta de servicios de salud como consecuencia de los cambios en las necesidades de salud de la población, en los niveles de recursos del sector y en los avances en materia de conocimientos científicos y tecnológicos en salud.

Dentro de las redes integradas de servicios, cada unidad posee responsabilidades específicas y una capacidad concreta para la solución de problemas, de modo que aquellos que no puedan ser resueltos, por estar más allá de esa capacidad predeterminada, deben trasladarse a otros nodos de la red que tengan la capacidad necesaria por lo que constituyen sistemas escalonados de servicios de complejidad complementaria, en los que los canales de comunicación, referencia y contrarreferencia de pacientes están claramente definidos. Planteado así, el hospital se convierte en un nodo importante de la red, más no en su centro, y se requiere de nuevas formas de organizar sus funciones para que aporte a la continuidad de los cuidados en la red, desde una planificación centrada en las necesidades y expectativas de la población, de la responsabilidad y acordada por la red.

Es en este contexto, donde se desarrollarán hospitales funcionalmente dife-



rentes, es donde deberemos contestar a preguntas como: *¿Qué deberán hacer los hospitales en el futuro? ¿Qué servicios prestarán? ¿Cómo se organizarán internamente? ¿Cómo se coordinarán con el resto de componentes del sistema? ¿Cómo deberán ser construidos? ¿Qué competencias requerirán sus recursos humanos?*

¿Qué deberán hacer los hospitales en el futuro?

La evidencia apunta a que hay una serie de elementos²⁰ que los hospitales, sean del tipo que sean, deberán incorporar en su función:

- El enfoque de salud poblacional.
- La visión sistémica.
- El enfoque en la integración y coordinación de servicios.
- La continuidad de la atención centrada en la persona.
- Un nivel adecuado de autogestión y gestión clínica.
- La seguridad de los pacientes y trabajadores de la salud.
- La orientación a resultados y la rendición de cuentas.

Estos elementos, entre otros, orientan sobre el tipo de hospitales para el futuro. Hospitales organizados y equipados para dar respuesta asistencial segura a las necesidades de salud de una población y sobre una base territorial, o sea organizados desde la demanda, y coordinados y enlazados en red con otros dispositivos de servicios de salud y sociales.

La financiación sanitaria y por ende la hospitalaria necesitará cambiar radicalmente su orientación para pasar a sufragar planes asistenciales en red y de base territorial. El reto ya no estará en seguir reduciendo marginalmente la estadía de los pacientes en los hospitales, sino en evitar, en lo posible, la hospitalización a través de una anticipación en la gestión de pacientes y de enfermedades²¹ que evite episodios de enfermedad y complicaciones.

Finalmente, los resultados de los hospitales, medidos en función del desempeño poblacional y sistémico, requieren del desarrollo de indicadores capaces de medir las distintas dimensiones de la calidad, eficiencia, eficacia y contribución a la mejora de salud que interesa a la sociedad.



¿Qué servicios prestarán?

Independientemente de la función investigadora y docente, los hospitales tradicionalmente han prestado servicios en tres modalidades de atención: Ambulatoria, urgente y con internamiento. En los últimos años, y cada vez más, la tendencia es -por costos, seguridad y accesibilidad- a realizar la atención ambulatoria fuera del hospital y a focalizar la asistencia hospitalaria a las urgencias graves y a aquellos enfermos que precisan un alto nivel de cuidados o tratamientos, médicos o quirúrgicos, de alta complejidad y la necesidad de un estrecho e intensivo cuidado de enfermería.

El énfasis será sobre todo, a la atención de agudos; con aprovisionamiento adecuado de camas y equipamiento para la resolución de casos agudos y de cuidados intensivos. Con servicios organizados para los cuidados progresivos y que además, privilegien la *ambulatorización* del cuidado con un mayor desarrollo de servicios de *Cirugías y Hospital de Día* y con programas de gestión de egresos hospitalarios que aceleren el alta y la transición del paciente a su hogar, el primer nivel u otros servicios extramuros.

En cuanto a la atención de urgencias, modelos de atención alternativos bien diseñados, pueden ser más eficaces y más aceptados por los pacientes²². Estos modelos pueden incluir acuerdos para un mayor acceso fuera de horario a la atención de primer nivel, en unidades menores más accesibles a los pacientes, con enlaces virtuales a los hospitales de forma que permita aumentar la variedad de servicios y mantener la atención de alta calidad. La evaluación rápida, dependiente de los medios de diagnóstico, de la celeridad de los resultados y de un número limitado de protocolos sistemáticos, puede limitar la admisión a los pacientes que realmente lo necesitan.

Tal descentralización implica un cambio significativo del nivel de actividad de los servicios de urgencia hospitalarios, pero requiere una más estrecha relación entre los servicios comunitarios y el hospital²³, mejor acceso a los equipos de diagnóstico para los médicos de atención primaria, y medidas de coordinación para asegurar que los pacientes se remitan al nivel adecuado.

En el área de medios de diagnóstico, la reducción de costos y la miniaturización, están ya permitiendo descentralizar actividades que estaban anteriormente concentradas en un departamento central²⁴. Nuevos tipos de equipo están permitiendo capacitar al personal para realizar una gama amplia de pruebas básicas, tanto de imagen como de laboratorio. Las imágenes ahora pueden transmitirse en todo el mundo, permitiendo el acceso a la pericia con independencia de la ubicación. Las redes clínicas sostenidas por tecnologías



de la información, ofrecen la oportunidad para integrar la atención hospitalaria más estrechamente con atención de primer nivel^{25,26}.

En los casos de alta tecnología, la planificación y gestión hospitalaria deberán garantizar economías de escala, que permitan la eficiencia de los recursos más costosos, y un alto grado de equidad que permita el acceso a estas tecnologías a todos los que las necesiten.

¿Con qué recursos humanos trabajarán los hospitales?

La naturaleza cambiante de la fuerza laboral es quizás el reto mayor al que se enfrentan muchos sistemas de salud. Una explosión en el número de súper especialistas, ocurre frecuentemente junto con el surgimiento de equipos de multi especialistas y multi profesionales en contraposición a la escasez de profesionales para servicios de primer nivel. Estos desarrollos posiblemente beneficien a los pacientes con enfermedades raras, pero suponen un reto a la hora de organizar el gran volumen de trabajo general del hospital. La medicina actual exige a los especialistas que tengan un conocimiento amplio de una variedad de condiciones, ya que muchos pacientes (en particular los ancianos y los crónicos) tienen afecciones múltiples. La idea del generalista, cuya pericia reside en el diagnóstico y el tratamiento de una variedad de afecciones comunes, parece estar reapareciendo. En los Estados Unidos, estos médicos, denominados “*hospitalists*”, frecuentemente organizan y coordinan las vías de atención cada vez más complejas.

Los cambios en las regulaciones de empleo, como sucede en los países con restricciones en las horas de trabajo de los profesionales, obligan a elaborar nuevos métodos para cubrir los hospitales en turnos nocturnos y fines de semana y asegurar que la asistencia médica de alta calidad esté disponible en todo momento.

Por otra parte, los cambios en la actitud hacia el empleo del personal profesional diferente de los médicos, lleva a los hospitales a tener que redefinir las funciones profesionales y en particular, ampliar la función de las enfermeras. Sin embargo, una función ampliada para la enfermería sustancialmente cambiará la naturaleza y el estado de la profesión y muchas enfermeras ya no estarán dispuestas a aceptar el pago y puesto subordinado, a menudo bajo en la jerarquía clínica, que ahora soportan. Estos desarrollos están acentuados por la creciente escasez de enfermeras en muchas partes del mundo, que supone una presión adicional sobre los servicios de salud para elaborar estrategias imaginativas de utilización del personal²⁷. En general, el principal reto de



política de recursos humanos para los planificadores de hospitales, será cómo derribar las barreras tradicionales entre las diferentes especialidades médicas, y entre éstas y otras disciplinas. Barreras que a menudo se deben más a los antecedentes que a lógica, y dan lugar, con frecuencia, a la fragmentación de la atención a los pacientes.

Objetivos y Premisas del libro

El lanzamiento del documento de posición de la OPS sobre RISS generó de inmediato una serie de interrogantes estratégicas: *¿Cómo debe insertarse el hospital en la lógica de RISS? ¿Qué tipo de Hospital? ¿Cómo debe ser entonces la cultura, los procesos, la estructura de ese nuevo hospital? ¿Cómo debe ser financiado, su sistema de gobierno, sus sistemas de información, la formación del RRHH, etc.? ¿Cómo imaginar una “ingeniería del cambio” que viabilice la visión planteada? ¿Cómo reflejar la historia, los procesos, las construcciones, las experiencias, de distintos países en relación a hospitales y RISS, con el mayor número de miradas con respecto a los yerros, los obstáculos, los éxitos, las experiencias locales, las narrativas...?*

Motivados por la publicación y con estas interrogantes en mente, un grupo de gestores de hospitales en Chile tomó la iniciativa de publicar un libro sobre el papel de los hospitales en las redes integradas de servicios de salud. En torno a sí, aglutinaron a un número importante de gerentes de servicios de salud, académicos e investigadores de distintos países de LAC, quienes con el apoyo y la asistencia técnica de la OPS, construyeron colectivamente las ideas que aquí se presentan.

Este no es otro libro sobre gestión de hospitales. Es un proyecto ambicioso y de difícil abordaje que busca retar el pensamiento y los dogmas actuales sobre el papel de los hospitales en los sistemas de salud y ampliar el debate necesario sobre ese papel en la transformación hacia redes integradas de servicios de salud.

Enmarcado en la visión de contribuir a la construcción de sistemas de salud que se modelen, teniendo como centro a la persona humana, pretende hacer una contribución provocadora en el abordaje del debate sobre *¿Qué hospital? necesitamos para construir redes integradas de servicios de salud*, en respuesta al reto que significa la decisión de los países de la Región de las Américas de avanzar en la organización de RISS como mecanismo para resolver los importantes problemas de fragmentación de los servicios de salud.

La estrategia de RISS plantea un remodelamiento total de los servicios, remodelamiento que obliga a poner singular atención en los hospitales. Los hos-



pitales, hasta hoy, concentran el poder en los sistemas sanitarios de la región, pudiendo convertirse en obstáculos reales en la construcción de un modelo basado en Redes Integradas de Salud. La comprensión de dichas resistencias así como los mecanismos para generar un cambio en los hospitales son esenciales para la instalación efectiva de las redes integradas.

Es importante entender que para que el concepto y la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS- pasen del discurso a la acción efectiva, hay que generar cambios en la identidad hospitalaria y en la forma cómo se relacionan distintos dispositivos de cara a las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud. Para que esto ocurra de forma efectiva, los autores plantean la necesidad de partir de tres premisas importantes: 1) Sin los hospitales no habrá RISS; 2) Con los hospitales tampoco habrá RISS si persiste el *status quo* de la cultura organizacional hospitalaria actual; y 3) Sin RISS no se resolverán los problemas y retos actuales del hospital. Estas tres premisas requieren de un nuevo pacto entre gestores, el sistema de salud y la sociedad, en el que el hospital conscientemente asume una nueva posición y se enorgullece de ella, no como consecuencia de ser arrinconado por la evolución de los costos, el perfil epidemiológico y la innovación tecnológica, sino por la comprensión de que es mucho mejor resolver todo lo posible fuera de sus fronteras porque es más “saludable” para todos: sociedad, sistema de salud, hospital, etc.

Esta opción del hospital por hacer posible las RISS -opción estratégica donde se juega su propia sostenibilidad- requiere de otra proposición crucial: la necesidad insoslayable de incluir a las personas que trabajan en los hospitales en la construcción de las redes integradas como objetivo compartido. De no hacerlo, nos estaremos condenando a la mantención del *status quo* y a hacer de las redes “un elemento del discurso pero no de la acción”.

A través del libro, los autores han intentado recoger el pensamiento y la experiencia en LAC y a nivel mundial con relación a una visión y una construcción de una realidad hospitalaria, coherente con un modelo en RISS y pretenden contribuir a la transformación -desde los procesos sociales- de sistemas sanitarios que privilegien a la persona en toda su integralidad, como sujeto de derechos y que se desarrolla protagónicamente desde su historia y su vida en sociedad.

La propuesta apunta a un hospital trabajando en red que tienda cada vez más a la *ambulatorización* de la atención; la integralidad de la atención basada en procesos asistenciales estructurados en redes; la co-responsabilización y participación de personas y comunidades y la comprensión de la relevancia de los determinantes sociales.



La publicación no pretende, ni mucho menos, sentar doctrina o ser prescriptiva. Se trata, sobre de todo, de brindar un nuevo enfoque al tema de la organización y gestión hospitalaria con vistas a expandir el debate regional y, por qué no, global, de tal manera que permita seguir definiendo con mayor claridad el futuro de los hospitales y su rol en las RISS como alternativa a la fragmentación de los servicios de salud en la construcción de sistemas de salud basados en la APS.

Breve descripción de los capítulos del libro:

El primer capítulo aborda el hospital desde su historia y sintetiza los desafíos actuales desde una visión del mismo como organismo social. El capítulo dos enmarca estos desafíos particulares del hospital como actor de suma importancia en el contexto más amplio de los servicios de salud, ante el reto de la transformación a redes integradas basadas en la propuesta de la OPS.

Aclarados esos desafíos, el capítulo tres propone opciones de cambio y estrategias para el hospital en la lógica de las dimensiones o ámbitos de abordaje de las RISS y el análisis de la actuación del hospital en el alcance de los atributos esenciales.

Con un tono propositivo, el capítulo cuatro presenta a los tomadores de decisión, a nivel de políticas públicas y a nivel gerencial, ideas y vías para la gestión participativa y estratégica del cambio hacia hospitales en RISS.

En el capítulo 5 se presentan casos de lo que funciona y no funciona desde las experiencias reales de algunos países de la región, para terminar con el capítulo 6, que más que conclusiones, presenta una visión ideal a futuro del tipo de hospital para las RISS.

Adicionalmente, el lector encontrará en la contraportada de la publicación un disco compacto que recoge diversas aportaciones que profundizan algunos temas y ampliaciones de los estudios de caso de países de la Región de las Américas que pudieran aportar al enriquecimiento de las estrategias de cambio y de gestión.

En una publicación de este tipo es importante, tanto para los autores como sus lectores, generar consensos sobre las definiciones y conceptos que le sirven de base de forma tal que exista la mayor coherencia y comprensión de lo planteado. Para apoyar este esfuerzo, se han incluido en el Glosario los términos clave para la debida comprensión de los textos y para aclarar, sobre todo,



nuestra definición en aquellos casos en que existen múltiples usos y acepciones de un mismo término (i.e. Atención Primaria de Salud).

El libro intenta realizar una mirada de las RISS desde el quehacer hospitalario y presentar experiencias de distintos países de la región relacionadas al rol de sus hospitales en la configuración de redes integradas de servicios. Visto así, hemos intentado organizarlo de forma tal de que pueda ser leído de distintas miradas por distintos lectores, acomodándose a las necesidades de cada uno de ellos.

En el *Resumen Ejecutivo*, se condensan las ideas más relevantes discutidas en el texto para aquella lectora que, urgida de tiempo, no pueda abordar la lectura de sus casi 300 páginas. Para aquel interesado en la lectura detallada, el libro pretende seguir un ordenamiento coherente que va desde la historia de los hospitales en LAC hasta la presentación de conclusiones provocadoras. Otros lectores preferirán abordar el tema por capítulos específicos sin seguir el orden establecido y esperamos que eso también sea fácil y útil. Finalmente, pero no menos importante, señalamos que hemos considerado su utilidad en la academia y la formación de nuevos recursos humanos, para lo cual se intenta al máximo mantener la claridad didáctica y un enfoque flexible y de futuro.



Referencias

- ¹ Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
- ² Banco Interamericano de Desarrollo. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América latina. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
- ³ Vilaça Mendes, E. (2009) As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG. WHO (2007).
- ⁴ OPS, *Salud en Las Américas*, volumen 1, 2007
- ⁵ Regás, Pere Ibern, *Integración Asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Colección: Economía de la salud y gestión sanitaria. Editorial Masson, Barcelona 2006.
- ⁶ Farrington-Douglas, J., & Brooks, R. (2007). The future hospital: the progressive case for change. London: Institute for Public Policy Research.
- ⁷ To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D. C. 1999.
- ⁸ Aranaz, Andrés JM, Aibar-Remón, C. Limón-Ramírez, R, Amarilla A, Restrepo, FR, Urroz, O, Sarabia, O, García-Corcuera, LV, Terol-García, E, Agra-Varela, Y Gonseth-García, J Bates, DW, Larizgoitia, I: *Prevalence of adverse events in hospitals of five Latin American countries: results of the Iberoamerican Study of Adverse Events (IBEAS)*. BMJ Qual Saf. 2011 Jun 28 [Epub ahead of print]
- ⁹ Schmunis GA, et al: Costo de la infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos de cinco países de América Latina: llamada de atención para el personal de salud. Rev Panam Infectol 2008;10 (4 Supl 1):S70-77
- ¹⁰ Zoutman DE, Ford BD, Bryce E, Gourdeau M, Hebert G, Henderson E, et al. The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals. Am J Infect Control 2003; 31(5):266-72; discussion 72-3.
- ¹¹ The Joint Commission, & Aramark Healthcare. (2008). Health care at the crossroads: guiding principles for the development of the hospital of the future. The Joint Commission.
- ¹² Mckee, M and Healy, J (2000) The role of the hospital in a changing environment. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 793-810
- ¹³ Rachel, B., Wright, S., Dowdeswell, B., & McKee, M. (2010). Even in tough times: investing in hospitals of the future. Euro Observer, 12(1), 1-12.
- ¹⁴ Buchan, J., & O'May, F. (2002). The changing hospital workforce in Europe. In Hospitals in a changing Europe (pp. 226-239). Buckingham: Open University Press.
- ¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la OPS*. Washington DC, 2007.
- ¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (2010): "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)



- 17 Ídem
- 18 Enthoven, AC. Integrated delivery Systems: the cure for fragmentation. *Am J Mang Care.* 2009; 15:s284-s290.
- 19 Organización Panamericana de la Salud (2010): “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) pp 29-35
- 20 Fernández Díaz J.M., Varela J., Manzanera R. (2002): Retos y prioridades en la gestión de hospitales. *Informe SESPAS 2002:* 531-541
- 21 Bodenheimer T. Disease Management – Promises and Pitfalls. *The New England Journal of Medicine* 1999; 15: 1202-1205.
- 22 National Health Service. (2006). Strengthening local services: The future of the acute hospital. National Health Service.
- 23 Institute for Public Policy Research. (2006). Hospital reconfiguration. London: Institute for Public Policy Research.
- 24 Wilson, C. B. (1999):The impact of medical technologies on the future of hospitals. *British Medical Journal* 319:-3.
- 25 Rashid A. Ed. 2000. *The Impact of New Technologies on Future of Primary Care.* The Nuffield Trust: London. Cited in Slote Morris Z. Detmer D. 2004 Where will technology take us? Nuffield Trust. Available online: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/271004technology4.pdf>.
- 26 Hillestad R., Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, et al (2005): Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, And Costs. *Health Affairs*, 24, 5: 1103-1117
- 27 Shortell, S. M., Anderson, D. A., Gilles, R. R., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. (1993). Building integrated systems - the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 36(2), 20-26.



Capítulo 1

HOSPITALES Y REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONCEPTOS Y CONTEXTOS.

Introducción

La fragmentaciónⁱ de los sistemas de salud es un problema entre cuyas consecuencias se destaca la ineficiencia, inequidad e ineficacia en los sistemas de salud¹. En América Latina y el Caribe, históricamente los sistemas de salud se han caracterizado por los distintos niveles de fragmentación respecto de las instancias que los conforman. Sin embargo, en la década de los noventa, los procesos de reforma a los sistemas de salud del continente implicaron, para algunos de los países de la región, la oportunidad para avanzar en la integración de sus sistemas o de profundizar su fragmentación. En este sentido, si bien se esperaba que la descentralización de los servicios de salud y la implementación de nuevos sistemas de financiamiento y provisión se tradujeran en un mejor desempeño, los resultados han sido disímiles respecto de los países en donde se han implementado dichas experiencias de cambio^{2,3,4}.

Para el logro de la integración de los servicios de salud, los hospitales cumplen un papel fundamental, puesto que la función de provisión de servicios en los sistemas de salud ha estado históricamente concentrada en las capacidades de sus organizaciones hospitalarias. Así, finalmente ha sido el desempeño de los hospitales el que se ha asociado, en mayor o menor medida, al logro de las metas sanitarias de los países. En el mismo sentido, algunos autores han hecho énfasis en la necesidad de que los hospitales se relacionen al desempeño global de los sistemas de salud⁵. Lo anterior, ha condicionado que los sistemas de salud hayan estado continuamente destinando la mayoría de sus esfuerzos al fortalecimiento de la eficacia y eficiencia de estas organizaciones, como forma de asegurar las metas sanitarias de los países.

ⁱ Entendemos como fragmentación que los servicios de salud estén caracterizados por la desintegración y no articulación entre distintos dispositivos que prestan atenciones de salud. A su vez entendemos como segmentación la disponibilidad de distintos tipos de servicios según la capacidad de pago o condición social y económica de las personas.

El presente capítulo, tiene por objetivo desarrollar los aspectos conceptuales, relativos a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y a la evolución y tendencias de las instituciones hospitalarias en América Latina y el Caribe. En la primera parte del capítulo se abordan los orígenes y evolución conceptual de la integración de los servicios de salud en redes. En la segunda parte, se abordan brevemente los contextos sociales, políticos y económicos que han determinado la evolución de las organizaciones hospitalarias en el continente. Finalmente se entregan algunas reflexiones y propuestas de futuro, relacionadas a los desafíos que involucra la organización hospitalaria en el continente bajo una lógica de RISS.

1. Integración de los Servicios de Salud en Redes

El desarrollo conceptual de las RISS ha involucrado diversas apreciaciones, relacionadas al fin último que persigue la integración de los sistemas y servicios de salud. Es así como las RISS van desde una conceptualización de integración de los sistemas de salud a una de competencia de mercado, vinculada por un lado, a la integración de los actores del mercado con el fin de optimizar costos y obtener ganancias en la eficiencia y por otro más orientado a la coordinación de la provisión como respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud y la mantención de la continuidad de la atención de salud.

Por otra parte, es importante reconocer la influencia de las ciencias administrativas en la conceptualización de las RISS. La administración transitó a lo largo del siglo veinte por diferentes enfoques que dieron a las organizaciones objetos de estudio, sus particulares concepciones y levantaron, para su mejor comprensión, distintos aspectos y dimensiones de análisis, los que funcionaron a modo de hipótesis explicativas de sus desempeños. Estos enfoques guardan un carácter científico positivista, en tanto surgieron de observaciones sistemáticas y se expresaron en modelos coherentes, aunque sean limitados y aproximativos.

El pensamiento positivista dejó la impronta de las organizaciones como estructuras rígidas, similares al funcionamiento de las máquinas, en las que se reparte el poder y la autoridad verticalmente entre distintos niveles jerárquicos, a la vez que se divide el trabajo a realizar según criterios de especialización. El nuevo siglo y la postmodernidad en busca del sentido encuentran más explicaciones organizacionales en la biología, en la física cuántica y en la neurociencia que en la mecánica. Es por ello que liderazgo, contextos emocionales y teoría del caos, explican miradas más sistémicas y humanistas de



las organizaciones. Desde esta mirada cada parte de una organización conoce dinámicamente a cada una de las otras y sabe que el valor de un elemento lo determinan los nexos, la red de relaciones y el estado de los otros miembros. Las estructuras son objeto de percepción, red de relaciones percibidas y no realidades físicas. El significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo. El todo está en cada parte y estas a la vez están en el todo, lo conocen y pueden reproducirlo. La organización se transforma en un conjunto de pequeñas organizaciones, administradas con un máximo de interdependencia. La conexión de las partes está dada por un intenso sistema de comunicación, en el que todas las informaciones son distribuidas igualmente por todos los sectores. Cada una de las partes sabe bien qué pasa en las otras. Las personas forman parte de un sistema común construido socialmente, comparten ideas y objetivos desde la diversidad, la pluralidad y la inclusión, por lo tanto, tienen polivalencia funcional y sentimiento de pertenencia, sin forzar la conformidad. Se reduce la gerencia intermedia. Así, los liderazgos son alternativos, voluntarios y variables.

La administración en el nuevo siglo, en su afán por crear instrumentos sociales con fines determinados, va adoptando el enfoque de redes para diseñar organizaciones utilitarias en el campo de la producción de bienes y servicios. El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Para actuar hoy en los sistemas así establecidos es necesario comprender y vivenciar esta nueva forma de comportamiento. La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La racionalidad detrás de este paradigma también se relacionó al modo cómo las organizaciones podrían enfrentar un ambiente altamente competitivo, ante lo cual las principales implicancias fueron entender cómo las organizaciones conseguirían alcanzar sus distintos objetivos a través de incrementar la dependencia y la cooperación⁶.

No obstante, si bien las diferentes conceptualizaciones de las RISS han hecho distintos énfasis respecto de las metas que implican su diseño e implementación en los sistemas de salud, en la actualidad el concepto de consenso posiciona a las RISS como un modelo de coordinación para mejorar la provisión de servicios de salud a través del continuo de los cuidados.



En un sentido amplio, los orígenes de las RISS pueden asociarse a la perspectiva de sistemas de salud integrados. A mediados del Siglo XX, el Informe *Beveridge* introdujo el diseño de sistemas de salud integrados y basados en cuidados de salud universales⁷, constituyéndose a su vez como el punto de partida para que un importante número de países de Europa y algunos de América Latina -como Chile y Cuba- diseñaran sistemas de salud integrados y de cuidados de salud universales. Sin embargo, posteriormente, con la influencia de la economía de libre mercado, muchos sistemas de salud avanzaron en la integración de sus funciones como una respuesta a la fragmentación en el contexto de la atención gerenciada, la cual consiste en un continuo de acuerdos a través de los cuales se integran el financiamiento y la provisión de servicios de salud.

Al respecto, Estados Unidos representa el principal modelo conceptual que desarrolló la atención gerenciada como el eje central de la organización de la función de provisión de servicios de salud en el sistema. Los principios que trascendieron su desarrollo en el sistema de salud de Estados Unidos, se relacionaron con cambiar la fragmentación de la provisión de servicios de salud del sistema, a través de una visión del sistema como coordinador de la provisión, que promueve el uso costo-efectivo de los servicios, enfatiza la prevención y educación en salud e incentiva la provisión de cuidados de acuerdo a las instancias más apropiadas⁸.

Para algunos autores, el contexto económico en el cual se desarrolló la atención gerenciada constituyó el conductor primario detrás del desarrollo de las RISS⁹. De esta forma, el sistema de salud de Estados Unidos avanzó desde la gestión que nace de un esfuerzo de consolidación de niveles de integración vertical y horizontal, en un contexto de competencia y atención gerenciada con el fin de mejorar su desempeño en las dimensiones de eficiencia, eficacia y calidad. En el caso de América Latina, países como Argentina, Chile, Brasil y Ecuador implementaron la atención gerenciada como parte de los contenidos de sus procesos de reforma¹⁰. Sin embargo, para algunos autores estas reformas carecieron de instituciones para la regulación del sector de la salud en un contexto altamente determinado por las fuerzas de mercado¹¹.

Las RISS han presentado diversas conceptualizaciones¹²¹³. No obstante, actualmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conceptualiza a las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace 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”¹⁴.



Independientemente de la naturaleza conceptual utilizada, para comprender las implicancias de las RISS en la función de provisión de servicios de salud, se hace fundamental el definir lo que involucra la continuidad y la coordinación de la atención de salud. Conceptualmente, la **continuidad en la atención** se refiere a cómo los pacientes experimentan la integración y coordinación de los servicios de salud¹⁵. Esta continuidad puede ser de tipo informacional (cómo se transmite la información de un paciente desde un proveedor a otro), administrativa (especialmente importante cuando se cuenta con muchos proveedores involucrados en la continuidad de los cuidados) o relacional (aquella que une los cuidados pasados con los futuros)¹⁵.

Por otra parte, la **coordinación asistencial** se refiere a la concertación de todos los servicios relacionados a la provisión de servicios de salud que, independiente de donde se reciban, logren la sincronización de estos en razón de alcanzar un objetivo en común¹⁶. Para su desarrollo, se ha descrito la programación y la retroalimentación como procesos básicos de la coordinación; a través de la programación se estandariza y predetermina el trabajo y en la retroalimentación, se coordina a través del intercambio de información entre las unidades y los profesionales implicados para que la resolución de los problemas se realice en los niveles donde se generó la información¹⁶.

El concepto de RISS se ajusta perfectamente a la teoría de sistemas y a las nuevas tecnologías de gestión de organizaciones de servicios, tales como la gestión estratégica, de calidad y las que tratan a las organizaciones como espacios de conversación, acuerdos y compromisos. En este marco, una red de atención puede definirse como un conjunto de vínculos o conversaciones entre instituciones de servicios de atención de salud que, combinando recursos humanos y materiales a través de relaciones funcionales coordinadas e integradas, dan respuesta a las necesidades de salud de una población dada en un territorio geográfico determinado.

Si bien, conceptualmente las RISS establecen la coordinación y el continuo en la provisión de servicios de salud, la implementación de las redes conlleva adaptar más allá de lo conceptual y aproximarse a las características organizacionales de los sistemas de salud que las implementan. Es así como algunos autores han descrito factores del entorno -como los sistemas de pagos, población, territorio y otros proveedores- que influyen en los resultados y el impacto de las RISS en los sistemas de salud¹⁷. En el mismo sentido, aspectos relacionados a las estructuras organizacionales propias de cada sistema de salud, determinan el cómo dichos sistemas se adaptan a un funcionamiento en RISS y cuáles serán los objetivos de la integración de los distintos niveles atención de provisión de servicios de salud.



Asimismo, otros autores han identificado aspectos mucho más amplios y que son determinantes para el éxito de las RISS. Estos principios claves a considerar en el momento de diseñar e implementar modelos de RISS son: servicios integrales a través de la continuidad de los cuidados (cooperación entre las organizaciones de salud y de cuidados sociales, acceso a un continuo de la atención a través de múltiples puntos de entrada, énfasis en el bienestar y la promoción de la salud), centrados en las personas (necesidades, compromiso y participación de los usuarios, evaluación basada en las necesidades de éstos y enfocada en una población definida), de cobertura geográfica (maximizar el acceso de los usuarios y minimizar la duplicación de servicios), provisión de cuidados estandarizadas a través de equipos interprofesionales, desempeño de la gestión (compromiso con la calidad, evaluación y mejora de la continuidad de los cuidados), sistemas de información, cultura organizacional y liderazgo, integración médica, estructura de gobernanza y gestión financiera¹⁸.

Ante esta perspectiva, para la constitución de una red resulta fundamental la comprensión: entender que está conformada por procesos y que las estructuras que se van diseñando son expresión de procesos subyacentes. Por lo tanto existen, en una comprensión sistémica (relacional) de los proveedores de salud, procesos que los constituyen, los vinculan y los explican (les dan sentido). Sobre la base de éstos se instala la continuidad del cuidado y la eficiencia con la que el trabajo se realice. Comprender el quehacer en procesos vinculados posibilita la necesaria flexibilidad a las instituciones que conforman la red y a la red propiamente tal. Los elementos de retroalimentación propios de un proceso, permiten a los equipos que participan estar permanentemente evaluando su funcionamiento y proponiendo cambios para su optimización. La participación de los miembros en esta lógica se transforma en un factor de éxito para la gestión.

No obstante la amplitud de los principios previamente descritos, su categorización involucra plenamente las diversas dimensiones conceptuales que han sido desarrolladas para explicar el porqué de la necesidad de integrar los servicios de salud. Más aún, estos principios rescatan los aspectos que, producto de un mal diseño, se puedan presentar como barreras para la implementación de las RISS.

2. El contexto sociopolítico en América Latina y el Caribe

La salud es el resultado de determinantes sociales que a través de sus interrelaciones influyen en cómo los servicios de atención de salud contribuyen al



desarrollo de nuestros países. Es en esta misma línea argumental que las políticas en salud -como parte de las políticas públicas sociales- guardan directa relación con los contextos sociales, económicos y políticos de nuestros países en los últimos siglos de gobiernos independientes.

El contexto socio económico de los países de América Latina y el Caribe, se caracteriza por una consolidación de la precaria situación de los estratos de la población menos favorecidos, no habiéndose superado las inequidades de décadas atrás sino, por el contrario, muchas de estas se han agravado. Persisten grandes grupos poblacionales en la pobreza y un marcado incremento de la urbanización de ésta; con una concentración de la riqueza cada vez mayor, y con crecientes indicadores de desocupación y de aumento del empleo informal; aún subsisten carencias en el aprovisionamiento de agua potable y en los sistemas de saneamiento. La vulnerabilidad de los sectores medios también ha persistido, alcanzando inclusive a los sectores medios consolidados.

Tras las grandes desigualdades entre diversas áreas geográficas y grupos de población, subyacen, entre otras causas, diferencias en aspectos cruciales de los determinantes sociales de la salud: acceso a agua potable, instalaciones sanitarias y alcantarillado, nutrición, nivel educacional (particularmente con relación a escolaridad de la madre y diferencias de calidad en la educación que reciben los distintos grupos sociales), desempleo, entre otros. Además, suele coincidir en nuestros países, que quienes tienen mayor riesgo social son justamente los grupos de personas que tienen mayores dificultades para acceder a servicios de calidad de atención a la salud.

Junto con lo anterior, es preciso señalar que vivimos un escenario de acumulación de problemas del subdesarrollo, junto a la presencia de distintas etapas -según cada país- de transición demográfica e epidemiológica donde conviven patologías que eran propias de países desarrollados (cáncer, cardiovasculares, traumas, crónico degenerativas) y de los subdesarrollados (infecto contagiosas), todas ellas afectando a las poblaciones más pobres. En todos los países se observa un progresivo envejecimiento en la estructura de las poblaciones, derivado del aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad y de la natalidad. Ello, unido a la alta vulnerabilidad ante los desastres naturales de extensas áreas de las Américas y a la alta proporción de población indígena socialmente excluida, implica un permanente esfuerzo de articulación entre los esquemas tradicionales y modernos en materia de promoción de la salud, de prevención frente a riesgos y de mitigación de daños.

Se debe hacer referencia a los conflictos armados en nuestros países y sus consecuencias en nuestra realidad social, económica y política. La violencia



inicial de la conquista de América por las potencias europeas y el desarrollo de un modelo social, basado en la exclusión de las mayorías, perdura hasta hoy en nuestros países. Luego, la violencia de la consolidación republicana sumó décadas de guerras entre caudillos y un largo ciclo de inestabilidad y retraso. Más tarde, avanzado el Siglo XX, los conflictos confunden causas internas y externas de origen ideológico y económico. La guerra y la violencia organizada junto a los aparatos represivos internos y externos, ocupan parte importante de la “agenda pública” y de los recursos naturales de nuestros países, generando efectos en la salud de las poblaciones y diversos obstáculos en la posibilidad de brindar acceso a los servicios de atención.

En el plano político asistimos a un proceso aún inacabado de democratización. Ello se ha dado en el marco de un controvertido proceso de reforma y reconversión del Estado. Se va dejando de lado al Estado que todo lo puede y es dueño de todo. Observamos en varios de nuestros países procesos políticos y económicos empeñados en reducir su tamaño -a expensas del mercado- que no lograron disminuir las profundas desigualdades que caracterizan a LAC, ni mejorar la calidad de vida de grandes conglomerados sociales en invariable situación de pobreza. Simultáneamente, el Estado -con diversos grados de éxito- ha tratado de asumir sus roles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de la solidaridad, muchas veces en sentido contrario a las direcciones dominantes de las últimas décadas.

Acorde con lo anterior, también la gestión pública está en revisión. De forma aún incipiente, un concepto más democrático de las políticas públicas abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es cuestión exclusiva de la burocracia estatal sino de toda la sociedad, aunque conducida y regulada por las autoridades. En el sector de la salud, la gestión de las políticas públicas implica no sólo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de necesidades de la población, por sí mismo o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario de derechos ciudadanos reales.

Surge la pregunta sobre quién debe conducir las nuevas políticas sociales, cuando el Estado ha cedido mucho campo de acción y encontramos una sociedad civil debilitada en sus redes y capacidad de organización. Entonces, aparece el debate del fortalecimiento de ciertos roles y/o funciones claves del Estado y de potenciar la articulación de la propia ciudadanía. Esto último no solo para la obtención de máxima efectividad en ámbitos como educación y salud, sino también para el logro de legitimidad de dichas políticas sociales y,



por ende, de todo el modelo. Es así que las políticas públicas en salud buscan estar en el contexto del debate sobre el modelo actual de desarrollo, espacio donde surgen interrogantes acerca de la gobernabilidad y sostenibilidad de este, sobre una suerte de “ecología humana” como condición para el desarrollo económico.

Son entonces los hechos políticos, económicos y sociales más relevantes, los que guardan relación con el desarrollo de los sistemas de salud en nuestros países. El movimiento independentista es concordante con la instalación de un poder local oligárquico y el desarrollo de un sistema de atención basado en la beneficencia. El surgimiento de la industrialización, del modelo de “sustitución de importaciones”, la creciente urbanización de nuestros países, la emergencia de la clase obrera y la cuestión social, fueron concordantes con la consolidación de sistemas sanitarios en la lógica de los “servicios nacionales de salud”, con una creciente preponderancia del rol del Estado de Bienestar, el cual se constituyó bajo la idea de que el papel que debía cumplir el Estado es asegurar la justicia social y el desarrollo económico¹⁹. Así, este período comprendió el desarrollo de iniciativas pioneras respecto de la nueva relación del Estado con la función de provisión de servicios de salud, como la creación del Servicio Nacional de Salud en Chile y la Caja Costarricense del Seguro Social^{20 21}.

Sin embargo, entre la oligarquía dominante y la clase obrera fue apareciendo y consolidándose una clase media, que tendió a requerir de servicios de atención, diferenciados de los del indigente -o carente de recursos- y a instalar servicios de atención financiados con parte de sus salarios. Estas presiones políticas tendieron a generar servicios fuertemente segmentados. Por una parte, servicios para los pobres dependientes de oficinas estatales -luego Ministerios de Salud- y por otra, sistemas de “seguridad social” para quienes tenían un ingreso y mecanismos de atención liberal clásicos para aquellos más pudientes.

Esta conflictiva intersección de procesos y luchas sociales fue generando y explicando un sistema altamente segmentado y fragmentado en nuestros países. Por otra parte, las fricciones entre los poderes centrales y locales, entre el rol del Estado central y el desarrollo de caudillajes y poderes locales más o menos institucionalizados, contribuyeron a la diversidad observada en nuestros países en cuanto a fragmentación de los sistemas de atención. Es dentro de este contexto de desarrollo de una institucionalidad segmentada donde, con diverso nivel de profundidad, se aplicó la denominada estrategia de atención primaria en salud (APS), en relación temporal con la Conferencia de Alma Ataⁱⁱ.

ⁱⁱ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978



El estancamiento económico y el aumento del gasto social, fenómenos propios de los años sesenta, llevaron a la crisis del modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones, vigente desde principios de siglo, y dieron paso paulatinamente al modelo de globalización que tuvo inicio en los años ochenta. Asimismo, en esta misma década, la medicina social se planteó como un movimiento en respuesta a la disconformidad con el modelo económico desarrollista que se implementó en el continente^{22'23'24}.

Como consecuencia de estos cambios, la fragmentación de nuestros sistemas se acentuó a finales de la década de los ochenta, debido a la recesión económica que gran parte de las economías de América Latina y el Caribe experimentaron. Bajo esta crisis, algunas organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, dispusieron de la entrega de préstamos para el refinanciamiento de los países a cambio de la devaluación de las monedas nacionales y la reducción del gasto público²⁵. La política de reducción del gasto público se hizo ampliamente difundida como la política de reajuste estructural, dentro de la cual el gasto público en salud se redujo drásticamente²⁶.

En este escenario económico y social, las políticas en salud de muchos de los países latinoamericanos se caracterizaron por la reducción del sector público en su rol de proveedor de salud y el otorgamiento de mayor espacio para el desarrollo de la provisión de salud privada a través de reformas a los sistemas de salud. En el mismo sentido, si bien las políticas económicas de libre mercado de la década de los ochenta serían la base y el contexto para las tendencias de la década de los noventa, respecto de las organizaciones hospitalarias y su rol en la provisión de servicios de salud, otros elementos que influyeron en forma importante en los procesos de reforma que diseñaron e implementaron cambios en los hospitales fueron la propuesta del Banco Mundial y la del Modelo de Pluralismo Estructurado. En el año 1993, el Banco Mundial publicó su “Informe Sobre Desarrollo Mundial: Invertir en Salud”. En el caso de la gestión hospitalaria, el informe recomendó la reducción del gasto público hospitalario en razón de que se asumía que los hospitales públicos eran organizaciones altamente ineficientes²⁷.

En la misma dirección, en la década de los ochenta el Modelo de Pluralismo Estructurado propuso una nueva orientación de los sistemas de salud que evitara los extremos del centralismo burocrático y la atomización de la iniciativa privada presente en los sistemas de salud del continente. Para ello, la propuesta involucró avanzar en la separación de las funciones de los sistemas de salud y, en el caso de la función de provisión, abrirse a la posibilidad de arreglos público-privados y a la coordinación e integración horizontal de los sistemas²⁸.



El Modelo constituyó un incentivo para que los sistemas de salud de América Latina y el Caribe fueran sujetos de procesos reformistas, a través de los cuales se otorgaría mayor espacio a la iniciativa privada y, se impulsaron diversos procesos de “descentralización” en donde muchos de ellos culminaron con mayor fragmentación al no cuidar, en paralelo, el fortalecimiento de las “redes de atención” y las competencias de rectoría y regulación por parte de agentes públicos. Por supuesto, estas reformas involucrarían un nuevo papel para los hospitales dentro de los sistemas de salud del continente.

2.1 Los hospitales en la década de los noventa

Como revisamos en la sección previa, los cambios económicos y sociales de la década de los ochenta y las reformas de los noventa determinaron las tendencias que, hasta la actualidad, imperan en las organizaciones hospitalarias del continente. En la década de los noventa, uno de los aspectos centrales de las reformas de la salud en América Latina y el Caribe se relacionó con los cambios a la provisión de servicios de salud y a la introducción de nuevos modelos de gestión^{29'30'31}. Dichos cambios se diseñaron e implementaron a nivel de la macro, meso y microgestión de los sistemas y por lo tanto, en la mayoría de los países del continente, fueron desarrolladas nuevas tendencias respecto del rol del Estado y el Mercado en la provisión de servicios de salud. Además, la influencia de la atención gerenciada involucraría nuevos incentivos para la privatización de la provisión de servicios hospitalarios y de la seguridad social en salud.

La atención gerenciada promovió reformas administrativo-financieras y planteó la necesidad de una intermediación entre prestadores y usuarios con el fin de separar la administración financiera de la administración de servicios³². Su introducción, demandó la creación de empresas de naturaleza pública, privada o mixta para administrar el financiamiento bajo el concepto de riesgo compartido -o sistema capitado- y así establecer contratos con distintos proveedores, de los cuales los servicios estatales podrían ser parte³³.

La creciente influencia de la atención gerenciada se tradujo en el desarrollo de un mercado de seguros privados en salud que, en muchos casos, se integró verticalmente con proveedores privados de estos servicios. Para algunos autores, el requerimiento de copagos introdujo barreras de acceso a la salud e incrementó la tensión entre los hospitales públicos y privados. Se presentaron casos como el de Chile en donde pacientes con seguros privados recibían atenciones de salud en hospitales públicos, debido a los altos costos asociados



a los copagos³⁴. Uno de los principales efectos de la atención gerenciada y la separación de funciones en los sistemas de salud del continente, fue la consolidación de sistemas de salud segmentados y de una provisión de servicios de salud fragmentada.

Bajo este contexto, las principales tendencias respecto de la organización hospitalaria se relacionaron con la implementación de autonomía hospitalaria, el incentivo a la asociación público-privada y el desarrollo de estrategias e instrumentos para la acreditación de los hospitales.

El diseño de la autonomía hospitalaria del continente se basó en un modelo de competencia de mercado, en donde las distintas instituciones proveedoras competían por la financiación de la atención de determinados grupos de usuarios. Destacan en esta área las experiencias de autonomía hospitalaria de países como Colombia, Argentina, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. En el primero de ellos, la reforma de la década de los noventa implementó un mercado competitivo de seguros y prestadores diferenciado según capacidad de pago. Para la población carente de recursos se provee servicios de salud mediante un subsidio a la demanda de acuerdo a principios de competencia gerenciada³⁵.

Para los hospitales públicos de Colombia, la reforma significó que se transformaran en Entidades Autónomas del Estado. La transformación los facultó para establecer contratos con las también creadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales fueron diseñadas para cumplir las funciones de aseguradoras y encargadas de la provisión de servicios a los pacientes asegurados por ellas³⁶. Así, las EPS entregaron los servicios de salud por medio de la celebración de contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)³⁷, dentro de las cuales los hospitales públicos colombianos adquirieron la autonomía para establecer contratos con las EPS y, entregar prestaciones de salud de acuerdo a sus propias metas y generar así sus propios recursos³⁸.

En Argentina, la descentralización de la provisión de servicios de salud y la introducción de competencia en el mercado de los seguros de salud, constituyeron los principales cambios al sistema. La competencia en el mercado de los seguros determinó la libertad de los trabajadores para afiliarse a las Obras Sociales o al asegurador privado de su elección y el que, tanto los afiliados de las Obras Sociales como de las aseguradoras privadas pudiesen acceder a servicios de salud proveídos por hospitales públicos³⁹. Esto último se complementó con la reforma a los hospitales públicos a través de la introducción de la autogestión, la cual les permitió establecer contratos con aseguradoras y proveedores privados, vender servicios y cobrar copagos por la provisión de servicios de salud⁴⁰. El principio subyacente a la implementación de la auto-



gestión se relacionó con la mejora e incremento de la eficiencia, asumiendo como mejor estrategia la asignación de recursos a través de un subsidio a la demanda de servicios en lugar de la oferta⁴¹.

Dentro de los países de América Central, Nicaragua otorgó un cierto nivel de autonomía en la gestión a sus hospitales, dando al Instituto Nicaragüense de Seguro Social (INSS) la posibilidad de subcontratar empresas públicas o privadas denominadas Empresas Medicas Previsionales (EMP), las cuales podrían proveer determinados servicios de salud a sus afiliados⁴²⁴³. En Costa Rica, se facultó a los hospitales públicos con autonomía para su gestión, en el presupuesto de adquisiciones y en la gestión de los recursos humanos, siendo sus metas el lograr mejorar la calidad y la utilización de los recursos⁴⁴. En Panamá, se creó CONSALUD, entidad autónoma que recibe anualmente el presupuesto proveniente del Ministerio de Salud y la Caja del Seguro Social a cambio de entregar servicios integrales de salud⁴⁵. Así, se implementó la experiencia del Hospital San Miguel Arcángel (HISMA), el cual podía establecer contratos para la provisión de servicios médicos, administrativos, de alimentación y de limpieza con proveedores privados⁴⁵.

Si bien las reformas de los años noventa buscaron hacer más eficiente a los sistemas de salud, en el caso de los hospitales se desarrollaron nuevas estructuras organizativas y financieras sin un replanteamiento de los fines prioritarios de los sistemas⁴⁶. Esto se evidenció en los resultados de la implementación de algunas de las experiencias de autonomía en el continente (Tabla 1).

Sin embargo, en países como Costa Rica y Panamá se ha evidenciado avances en la eficiencia hospitalaria. En Costa Rica, se mejoró la eficiencia de los servicios hospitalarios a través de incentivos financieros, e incluso los costos de la gestión de estos hospitales han podido ser controlados sin postergar la calidad de los cuidados de la salud⁵⁶⁵⁷. En Panamá, la implementación del HISMA arrojó en su primer año de operación mejoras en la eficiencia económica, técnica y de la calidad⁵⁸.

Como se señaló al inicio del presente apartado, otra de las tendencias en cuanto a la organización hospitalaria fue el incentivo a la asociación público-privada. Esta asociación se argumenta en el hecho de que a través de este tipo de contratos se amplían los recursos para la inversión pública y en que la iniciativa privada es, o sería, más eficiente en la administración de los recursos financieros⁵⁹. Un caso en particular lo constituyó Brasil, país que a través de la Constitución de 1988, estableció la salud como un derecho universal y de responsabilidad del Estado y fijó, la necesidad de establecer un Sistema Unificado de Salud (SUS) con redes de salud descentralizadas⁶⁰. En la misma Consti-



tución, el artículo 199 definió un papel complementario para las instituciones privadas de salud, pero siempre bajo la función de regulación ejercida por el SUS⁶⁰. Esta descentralización del sistema tuvo por objetivo la racionalización de los servicios de salud en base a una combinación de lo público-privado⁶⁰. Un ejemplo de la implementación de esta mezcla público-privada fueron los hospitales del Estado de São Paulo. Estos hospitales, privados y sin fines de lucro, instalaron una amplia autonomía en su gestión en ámbitos como los recursos humanos y la obtención de insumos y su experiencia evidenció mayor eficiencia, comparados a los hospitales públicos tradicionales⁶¹.

Otra de las tendencias importantes en esta década la constituyó la acreditación de las organizaciones hospitalarias. De esta forma, a principios de los noventa muchos países del continente iniciaron la implementación de procesos de acreditación de sus organizaciones hospitalarias, a través de los cuales se buscó avanzar en la calidad de las organizaciones hospitalarias del continente y en la disminución de los rezagos, producto del ajuste estructural de la década de los ochenta y su impacto en el sector de la salud⁶².

Bajo este nuevo escenario respecto de las organizaciones hospitalarias, la OPS cumplió un importante papel en el apoyo a los países para la implementación del proceso de acreditación de sus hospitales. Más aun, los esfuerzos de la OPS junto a la Federación Latinoamericana de Hospitales permitieron concretar el Modelo Latinoamericano de Acreditación de Hospitales. Este modelo definió un mínimo de estándares de calidad para 37 servicios hospitalarios⁶². De esta forma, los hospitales del continente iniciaron sus respectivos procesos de acreditación, adaptando el modelo de acuerdo a las características locales de las instituciones hospitalarias. En la experiencia Argentina por ejemplo, el proceso de acreditación hospitalaria partió con el desarrollo de los instrumentos técnicos a través de los cuales se acreditarían los hospitales⁶⁴; los primeros resultados del proceso arrojaron un gran interés por la acreditación⁶⁵.

Las reformas de esta década a los hospitales determinaron una nueva forma de relación entre estas organizaciones y los sistemas de salud. Si bien, por una parte, los incentivos a la mejora de la eficiencia en la asignación de recursos movilizó a las instituciones hospitalarias hacia la implementación de economías de escala y organizar sus carteras de servicios de acuerdo a la demanda, por otro lado, la débil regulación y orientación a la generación de ingresos financieros, instaló un escenario de competencia por atraer usuarios entre los hospitales y otras organizaciones de las redes de atención.



2.2 Tendencias actuales

En la presente década, las organizaciones hospitalarias del continente no presentan una tendencia homogénea respecto de su papel en los sistemas de salud, como en la década de los noventa. Un ejemplo de lo anterior lo constituye el caso de los hospitales en Chile, en los cuales actualmente se avanza en la autogestión hospitalaria en red, las concesiones para su construcción y la acreditación. Estas tendencias fueron discutidas e implementadas en mayor o menor profundidad en la década de los noventa por los distintos países del continente.

Previo a la reforma de la salud de la presente década, en Chile los hospitales públicos se caracterizaban por depender administrativamente de los Servicios de Salud y no contar con autonomía para la gestión de sus recursos por parte de los directivos hospitalarios⁶⁶. Es así como la reforma definió una nueva clasificación de los hospitales sobre la base de su nivel de complejidad e introdujo la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR) como centros sanitarios de alta complejidad que deben cumplir con procedimientos de medición de costos, de la calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios⁶⁷. No obstante, en el diseño de los EAR son los Servicios de Salud quienes definen cartera de servicios, nivel de complejidad, especialidades y normas de referencia y contrarreferencia. Este aspecto del diseño hace de la red asistencial la responsable de las metas asistenciales y en los EAR recae la responsabilidad de contribuir a alcanzar dichas metas.

En el año 2005, con la aprobación del Decreto N° 38 que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, se inició la etapa de evaluación de los establecimientos instituidos en la Ley⁶⁸. Sin embargo, desde la implementación del Reglamento, solo 11 de los 59 establecimientos de mayor complejidad incluidos completaron el proceso de evaluación y obtuvieron la calidad de EAR⁶⁹.

En el caso de la política de concesiones para la construcción de hospitales, esta se sustenta jurídicamente en la Ley de Concesiones de Obras Públicas promulgada en el año 1996⁷⁰. Actualmente la cartera de proyectos hospitalarios asignados por el Gobierno al modelo de concesiones asciende a más de tres mil millones de dólares⁷⁰.

No obstante el caso chileno, países como Colombia, México y Bolivia, han optado por avanzar en el diseño organizacional de hospitales que puedan insertarse en un contexto de RISS. Estas tendencias se han concentrado en



implementar capacidades en las organizaciones hospitalarias, relativas a su integración, a través del establecimiento de nuevos modelos de gestión y de atención. Sin embargo, en el caso de los hospitales, en Costa Rica y Cuba se evidencia mayor avance en la integración de ellos en una lógica de RISS. Al respecto, estos últimos han logrado implementar sistemas de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención.

Para la OPS, avanzar en el diseño e implementación de sistemas de salud, basados en la APS en América Latina y el Caribe es un imperativo para alcanzar la meta de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de calidad técnica y que respondan a las expectativas de los ciudadanos¹⁴. Conceptualmente, la implementación de sistemas de salud basados en la APS se constituye como una estrategia de organización integral, a través de la cual se busca alcanzar la meta de derecho al acceso universal a la salud con equidad y solidaridad⁷¹. Para el cumplimiento de dichas expectativas, las RISS se posicionan como una piedra angular del enfoque de la APS en los servicios de salud¹⁴.

Para los hospitales, este concepto de sistemas de salud basados en la APS y en las RISS, establece desafíos que estarán situados en aspectos estructurales de los sistemas de salud del continente. Esto se fundamenta en que los actuales incentivos relacionados al mercado de seguros en salud y a la competencia por grupos de intervenciones en salud con organizaciones privadas -con y sin fines de lucro- e inclusive entre organizaciones de naturaleza pública, determinan un escenario en el cual la integración de las organizaciones hospitalarias con los demás nodos de la red de servicios de salud está restringida por los arreglos económicos que, con mayor o menor regulación, persisten de las reformas de la década de los noventa.

En el mismo sentido, reformar los hospitales para incorporarlos a sistemas integrados pasa necesariamente por cambios profundos en nuestros modelos de desarrollo y en nuestras políticas sociales. Dicho de otro modo, es difícil de generar y mantener sistemas integrados en sociedades fuertemente estratificadas y marcadas por la exclusión social. Asimismo, no facilita la instalación de sistemas de salud integrados la ausencia o debilidad de políticas sociales coherentes, persistentes, de características universales y con enfoque garantista de derechos. Finalmente será obstáculo permanente el no ver la relevancia de generar cambios culturales y organizacionales desde y con los hospitales, que posibiliten la viabilidad de los sistemas integrados.

Como se desarrollará en los siguientes capítulos, para integrar a los hospitales en una lógica de redes de servicios de salud basadas en la APS, se debe promover una nueva lógica de integración en todas las funciones de los sistemas



nacionales de salud del continente, basada en incentivos comunes para la APS y las organizaciones hospitalarias. Los nuevos incentivos deben comprender mecanismos de financiamiento, gobernanza, eficiencia e integración en la gestión y la búsqueda de resultados sanitarios con énfasis en lo promocional y preventivo. Para cumplir lo anterior, será necesaria la voluntad política y técnica de los países para reformar las funciones de sus sistemas nacionales de salud en razón de promover la integración de sus redes asistenciales; no parece técnicamente viable avanzar en la integración de las redes, concentrando los esfuerzos solo en la función de provisión de servicios de salud de los sistemas de salud, excluyendo otros niveles de complejidad asistencial.

3. Comentarios

La evolución de las RISS ha estado determinada por la necesidad de mejorar el desempeño de los sistemas de salud respecto de la eficiencia y eficacia. Si bien en su concepción las RISS se diseñaron e implementaron desde la perspectiva de situar la provisión de servicios de salud en hospitales insertos en ambientes altamente competitivos e influenciados por las fuerzas del mercado, en la actualidad han logrado posicionarse como una opción de integración de los servicios de salud en base a la coordinación y continuidad de los cuidados y centrandose en las personas como eje en su diseño y resultados.

Para los sistemas de salud, el diseño e implementación de las RISS involucra no solo la posibilidad de corregir las brechas en la integración de los sistemas, sino también facilitar el fortalecimiento del diseño de sistemas de salud, basados en la persona como centro de su organización y avanzar en el abordaje de las expectativas no médicas. En el mismo sentido y en razón de la amplitud y niveles de integración revisados en el presente capítulo, para el éxito de las RISS en los sistemas de salud será fundamental el plantear su diseño respetando su evolución histórica y políticas en salud.

Para las instituciones hospitalarias el insertarse en un contexto de RISS demandará esfuerzos organizacionales tendientes a medir el desempeño de las instituciones en un ámbito más amplio y precisará de diseños de estrategias que permitan una integración eficaz y eficiente con la atención primaria de salud. Esta integración debe avanzar más allá de la perspectiva tradicional respecto de establecer a los hospitales como el siguiente nivel de complejidad y de derivación para la atención primaria; deberá dirigirse al establecimiento de estrategias conjuntas para la provisión de servicios de salud y la medición del desempeño entre ambos niveles de atención.



Tabla 1. Principales dificultades en la implementación de la autonomía hospitalaria en las experiencias de Colombia y Argentina.

País	Dimensión	Dificultad
Colombia	Recursos Humanos	Equipos de salud asociaron la autonomía a la privatización total de los hospitales e inestabilidad laboral ⁴⁷ . Introducción de estructuras organizacionales sin desarrollo e instalación de capacidades en los equipos de salud ⁴⁸ . Problemas en gestión de recursos humanos por contratación de terceros ⁴⁹ .
Argentina	Recursos Humanos	Clima de temor, silencio, desconfianza e individualismo de parte de los equipos de salud ⁵⁰ .
	Rectoría	Implementación de los hospitales a nivel regional y provincial en forma aislada y sin coordinación con los actores locales ⁵¹ .
	Financiación	Asignación desigual de presupuestos para recursos humanos en las distintas provincias ³⁹ . Introducción de mecanismos de reembolso para usuarios asegurados se tradujo en aumento marginal de los ingresos de los hospitales, por ausencia de una mayor regulación por parte de la autoridad sanitaria nacional ⁴¹ .
		Provincias acortaron autonomía financiera de los hospitales, instalándose incentivos relacionados a la reducción de gastos en personal y la solicitud de pagos voluntarios por servicios de salud prestados ^{52/53} .
Colombia y Argentina	Regulación	Ausencia de regulación estricta respecto de contratos entre proveedores y seguros, con impacto en equidad en el acceso a servicios de salud ^{54/55} .

Fuente: Referencias 39, 41, 47-55.



Lo planteado en el párrafo previo será una condicionante esencial para continuar avanzando en el diseño organizacional de hospitales que puedan articularse eficientemente en redes integradas de servicios de salud, principalmente porque en la actualidad la mayoría de los hospitales del continente se inserta en los sistemas de salud de acuerdo a las estructuras organizacionales adquiridas a través de las reformas de los noventa sin mayores cambios respecto de la lógica pública y privada en el aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Finalmente, para avanzar en la consolidación de RISS basadas en la APS en las Américas se debe reformar el diseño de desintegración introducido a las organizaciones hospitalarias en la década de los noventa. En este desafío, la APS cumplirá un papel fundamental en razón de la voluntad técnico-política de los diversos actores de los sistemas nacionales de salud, para el desarrollo de políticas e incentivos que se traduzcan en la integración de las organizaciones hospitalarias con las de el primer nivel para el logro de las metas nacionales.



Referencias

- 1 Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med.* 2009; 7: 100-103.
- 2 Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública.* 2000; 8(1/2): 13-20.
- 3 Ugalde A, Hómedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit.* 2002; 16(1): 18-29.
- 4 González García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Publica.* 2001; 9(6): 406-12.
- 5 Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of Health systems. *Bull of the World Health Organ.* 2000; 78(6): 717-731.
- 6 Cravens DW, Piercy NF, Shipp SH. New organizational forms for competing in highly dynamic environments: the network paradigm. *British Journal of Management.* 1996; 7: 203-218.
- 7 Light DW. Universal health care: lessons from the British experience. *Am J Public Health.* 2003; 93: 25-30
- 8 Sekhri NK. Managed care: the US experience. *Bull of the World Health Organ.* 2000; 78(6): 830-844.
- 9 Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff.* 1994; 46-64
- 10 Iriart C, Elias E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. *Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma.* *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(1): 95-105.
- 11 Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. *Health Policy.* 2005; 71: 83-96
- 12 Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública.* 2005; 79: 633-643
- 13 Enthoven AC. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation. *Am J Manag Care.* 2009; 15: 284-290
- 14 Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.* Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas N° 4. Washington D.C.: OPS 2010
- 15 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care. *BMJ.* 2003; 327: 1219-1221
- 16 Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-495
- 17 Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias en Cataluña. *Gac Sanit.* 2007; 21(2): 114-123.
- 18 Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly.* 2009; 13: 16-23.
- 19 Brito P. Políticas de salud en las Américas. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2006; 24: 96-103.
- 20 Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de



- Chile y Costa Rica. *Gac Sanit.* 2002; 16(1): 54-62
- 21 Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital chileno: una experiencia de cambio. *Rev Panam Salud Pública.* 1997; 2(5): 342-351.
- 22 Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Elías E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública.* 2002; 12(2): 128-136
- 23 Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *Am J Public Health.* 2001; 91: 1592-1601.
- 24 Tajer D. Latin America social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *Am J Public Health.* 2003; 93: 2023-2027.
- 25 Ugalde A, Homedes N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva.* 2007; 3(1): 33-48
- 26 Franco-Giraldo A, Palma M, Álvarez-Dardet C. Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América Latina y el Caribe, 1980-2000. *Rev Panam Salud Pública.* 2006; 19(5): 291-9
- 27 Ugalde A, Jackson JT. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuad Med Soc.* 1997; 73:45-60
- 28 Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy.* 1997; 41: 1-36.
- 29 Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública.* 2000; 8(1/2): 13-20.
- 30 Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit.* 2002; 16(1): 18-29.
- 31 González García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública.* 2001; 9(6): 406-12.
- 32 Iriart C, Elías E, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(1): 95-105.
- 33 Iriart C, Elías E, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine.* 2001; 52: 1243-1253.
- 34 Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med.* 1999; 340(14): 1131-1136.
- 35 De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Tropical Medicine and International Health.* 2006; 2(10): 1604-1612.
- 36 Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saú-de Pública.* 2002; 18(4): 991-1001.
- 37 Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2008; 24(3): 210-216.
- 38 Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública.* 2005; 17(3): 210-220.
- 39 Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Social Science & Medicine.* 2005; 60: 1893-1903.
- 40 Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva.* 2005; 1(2): 155-171.
- 41 Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health



financing systems. *Health Policy*. 2008; 88: 88-99.

- 42 Jack W. Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy Plan*. 2003; 18(2): 195-204.
- 43 Macp J, Martiny P, Villalobos LB, Solis A, Miranda J, Mendez HC, et al. Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: issues and challenges. *Health Policy*. 2008; 87: 377-388.
- 44 García-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 2006; 21(2): 91-100.
- 45 Mesa-Lago C. Social security in Latin America: pension and health care reforms in the last quarter century. *Latin American Research Review*. 2007; 42(2): 181-201.
- 46 Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 25(1): 84-92.
- 47 McPake B, Yepes F, Lake S, Sanchez L. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy Plan*. 2003; 18(2): 182-94.
- 48 Plaza B, Barona AB, Hearst N. Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy Plan*. 2001; 16(Supl 2): 44-51.
- 49 Carrioni CA, Hernández ML, Molina G. La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2007; 25(2): 75-84).
- 50 Machado AL, Giacone M, Alvarez C, Carri P. Health reform and its impact on health-care workers: a case study of the National Clinical Hospital of Cordoba, Argentina. *Social Medicine*. 2007; 2(4): 156-164.
- 51 Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2): 199-218.
- 52 Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales 39, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio de 2000.
- 53 Iriart C, Waitzkin H. Argentina: no lessons learned. *Journal of Health Services*. 2006; 36(1): 177-196.
- 54 De Groote T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *International Journal of Health Services*. 2005; 35(1):125-141.
- 55 Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*. 2006; 40(4): 353-368.
- 56 Gauri V, Cercone J, Briceño R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. *Health Policy Plan*. 2004; 19(5): 292-301.
- 57 Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. *Am J Public Health*. 2008; 98: 636-643.
- 58 Bitrán R, Má C, Gómez P. The San Miguelito hospital reform in Panamá-Evaluation and lessons. En: La Forgia GM ed. *Health system innovations in Central America. Lessons and impact of new approaches*. Washington DC: World Bank Working Paper N° 57; 2005. Pp. 89-108.
- 59 Laurell AC. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina*



- Social. 2010; 5(1): 79-88.
- ⁶⁰ Elias PEM, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. *Am J Public Health*. 2003; 93: 44-48.
- ⁶¹ La Forgia GM, Harding A. Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Aff*. 2009; 28(4): 1114-1126.
- ⁶² Novaes HM, Neuhauser D. Hospital accreditation in Latin America. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 7(6): 425-430.
- ⁶³ Novaes HM. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. *Salud Pública Mex*. 1993; 35: 248-258.
- ⁶⁴ Arce HE. Accreditation: the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality Health Care*. 1999; 11(5): 425-428.
- ⁶⁵ Marracino CJM. Programa de acreditación de establecimientos hospitalarios en Argentina. *Salud Pública Mex*. 1993; 35: 259-267.
- ⁶⁶ Nancuante U, Romero A. *La reforma de la Salud*. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana, 2008.
- ⁶⁷ Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria Y Gestión. Publicada en el Diario Oficial el 24 Febrero de 2004, Chile.
- ⁶⁸ Ministerio de Salud. Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. Publicado en el diario oficial el 29 de diciembre de 2005.
- ⁶⁹ Retamal M. Autogestión hospitalaria en cifras. *Rev Chil Salud Pública* 2009; 13(3): 169-174.
- ⁷⁰ Tapia R. Concesiones en salud, un modelo válido para la reconstrucción y transformación de la red hospitalaria en Chile. [Editorial]. *Rev Chil Pediatr*. 2010; 81(3): 201-203.
- ⁷¹ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C, Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(2/3): 73-84



Capítulo 2

HOSPITALES EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Introducción

Este capítulo trata sobre los aspectos esenciales para la construcción de un modelo asistencial hospitalario compatible con Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La Organización Panamericana de la Salud, en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados de América latina y el Caribe, ha venido desarrollando en forma sostenida la necesidad de implementar RISS y ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deberían ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la Atención Primaria de Salud (APS).

En línea con dichos atributos esenciales, los modelos deben propender a hacer de los hospitales parte de un sistema prestador de servicios, estructurados en torno a un territorio y población a cargo definidos; con competencias para conocer las necesidades y expectativas de las personas usuarias; con diversos tipos de establecimientos prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma armónica e integrada con las acciones de salud pública que se ejecutan sobre las personas y el medio ambiente en dicho territorio. Además, estas políticas y arreglos deben comenzar generando un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal altamente resolutivo, desde donde se modula y coordinan los procesos asistenciales integrados, asegurando que las acciones se desarrollen en los lugares correctos, dotados de las competencias necesarias. Con respecto a gestión, RISS implica un enfoque hacia los procesos y resultados sanitarios, competencias de articulación de procesos de soporte, logística e información, así como recursos humanos adecuados en número, competencias y ubicación. El enfoque de formación de su personal, debe ser coherente con políticas nacionales y locales, orientadas a la integración de los procesos centrados en las personas y basados en la Atención Primaria de Salud.

El reto para la función social que deben cumplir los hospitales como parte de RISS, estriba en dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población, expresada en las solicitudes de la red asistencial, basada en criterios sanitarios, gerenciales y de la mirada de la propias personas, a la vez que precisa lograr una mayor calidad, percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia.

1.- Modelo de atención

Un hospital compatible con la lógica RISS debe fundamentar su organización en un modelo integral de atención en salud¹, centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades sociales, culturales y de género y los niveles de diversidad de la población. La forma cómo la sociedad organiza sus recursos humanos y materiales para el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, debe dar cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población y de los requerimientos en los ámbitos biológicos, sociales y psicológicos que requieren personas y comunidades para alcanzar mejores niveles de desarrollo humano, por lo que es esencial que estos arreglos (Figura 2.1) estén basados en la participación de la propia comunidad usuaria.

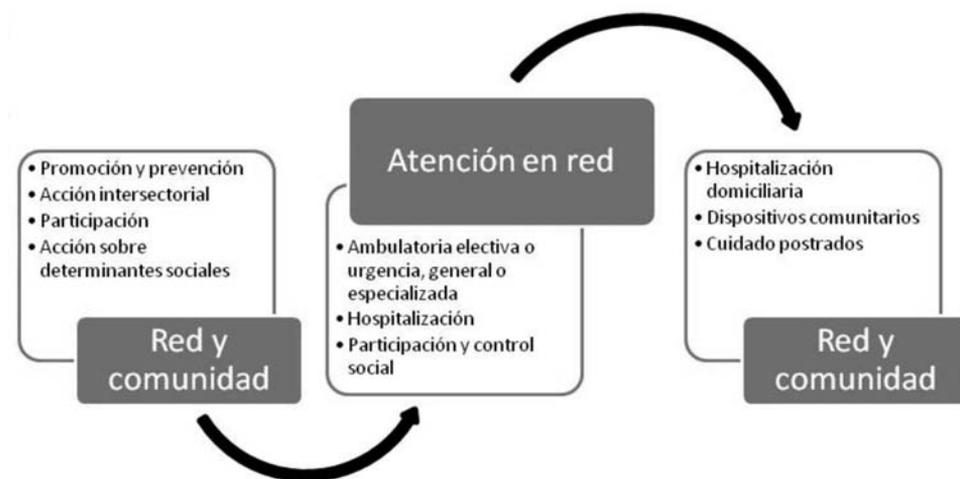


Figura 2.1. Funciones de la red con participación de la comunidad usuaria

La obsolescencia de los modelos de atención tradicional está obligando a incorporar acciones como: el énfasis en el abordaje intersectorial de los deter-



minantes de la salud, en la promoción y en el control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, en la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de enfermedades con énfasis en la pesquisa oportuna o el diagnóstico precoz de éstas; la resolución integral de los problemas de salud en forma ambulatoria, incorporando mecanismos de financiamiento que incentiven el trabajo colaborativo de distintos dispositivos y establecimientos y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada, que permitan la maximización del impacto sanitario.

Un **modelo integral de salud** es 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 como sujetos de derechos en su integralidad física y mental y como seres en un contexto socio-histórico pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. La comprensión social e histórica de la salud obliga a nuestros países a considerar también una mirada transcultural en el diseño e implementación de nuestras actividades; ejemplo de esto ha sido la incorporación del parto vertical y de la de la medicina originaria como parte esencial de programas exitosos de aumento de cobertura en zonas del altiplano andino.

El quehacer sanitario en un modelo de atención integrado debe basarse en equipos de salud interdisciplinarios y de liderazgo horizontal, que tiene como eje a la Atención Primaria de Salud y operando desde el primer nivel de atención, haciéndose cargo de las necesidades de la población de un territorio determinado, acompañando a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica, asegurando en todo momento la continuidad de la asistencia¹. La formación y competencias de estos equipos deben estar acorde al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en redes multicéntricas (Figura 2.2) y con habilidades de liderazgo y trabajo cooperativo.

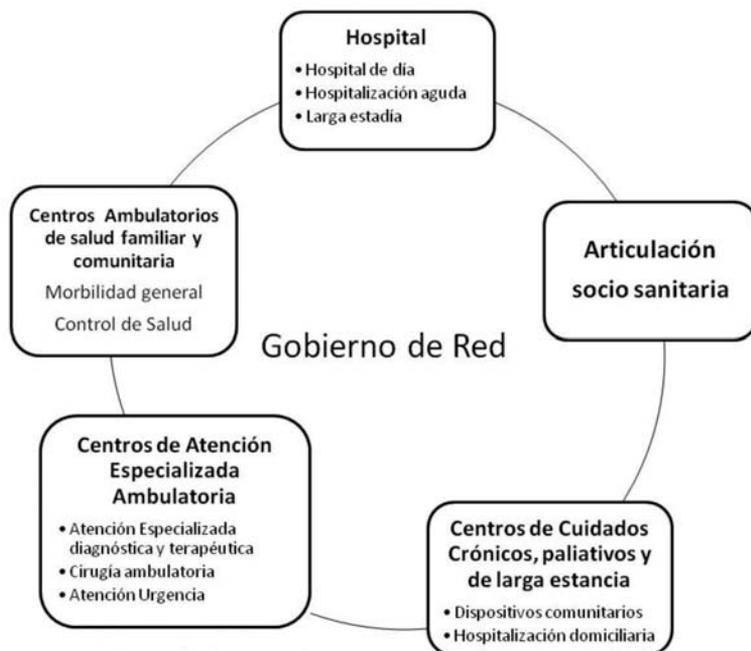
El rol de los hospitales en este modelo de atención, es contribuir a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le defina, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. La definición

¹ la continuidad asistencial se entiende como la organización y disposición de actividades y acciones diversas de forma flexible, personalizada y adaptativa, de forma que la combinación temporal y espacial de dichas actividades aseguran una respuesta integral y permanente a las necesidades de las personas.



del rol del hospital en este modelo debe ser una co-construcción entre los distintos dispositivos de la red, junto a una activa participación de los diversos actores sociales, lo que será clave para la gobernanza de los hospitales.

Figura 2.2. Redes multicéntricas



1.1 Un hospital modelado para redes

Los establecimientos hospitalarios como organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial, deben pasar a ser estructuras flexibles que puedan ser redefinidas dinámicamente en el tiempo por sus redes asistenciales, quienes les deben fijar la cartera o portafolio de servicios, es decir el tipo de actividades, niveles de complejidad y especialidades. A su vez, los establecimientos deben tener las competencias y las facultades para modular su estructura de funcionamiento organizacional según los requerimientos de sus respectivas redes, con el objeto de obtener respuestas efectivas a las necesidades de salud de las personas. Esta declaración debe contribuir a una definición dinámica del rol de los diversos tipos de hospitales en el concierto del quehacer de una red, para satisfacer las necesidades de salud de una población determinada. Dicho de otro modo, habrá que superar las miradas tradicionales de que ciertas prestaciones necesariamente son y serán realizadas en un hospital convencional pudiendo ser ejecutadas de manera más costo efectiva en otros dispositivos.



El establecimiento con un modelo² asistencial integrado, debe responder en red a la ciudadanía, en términos de satisfacción de expectativas sobre el nivel de salud al que aspira como sociedad y al tipo de sistema de atención que desea. Al mismo tiempo, estimular y apoyar la co-responsabilidad de las personas y las comunidades a lograr los objetivos sanitarios que la sociedad en su conjunto determine. Por lo tanto, el hospital debe regirse por los requerimientos de políticas y objetivos sociales sanitarios de su red asistencial. A su vez, debe considerar la costo-efectividad de las intervenciones, lo que guarda relación con las decisiones que se toman en el ámbito de cómo se produce lo que hay que producir, e introducir herramientas de gestión clínica, como la protocolización de actividades y procesos clínicos basados en la evidencia para determinar racionalmente, en razón de los resultados esperados y de los recursos disponibles, la mejor ecuación en torno a la tecnología que se incorpora, así como considerar la definición de perfiles de idoneidad del recurso humano. Todo esto con el objeto de determinar la estructura de servicios desde las necesidades de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones que la industria y otros actores pueden hacer para generar oferta y demanda.

Hay responsabilidades hospitalarias complementarias al cumplimiento de metas sanitarias que la red le impone: económica-social, como importante generador de empleos, formador de recursos humanos indispensables para el país, y muchas veces relevante actor económico y de desarrollo de una localidad; una responsabilidad para contribuir positivamente al medio ambiente y, de aportar constructivamente a las acciones locales sobre las determinantes sociales de la enfermedad, y a las estrategias locales para incidir en estilos y hábitos de vida saludables.

1. 2 La función del hospital en red

Ya que la sociedad, a través del Estado, coloca recursos en los sistemas sanitarios y que todo recurso tiene un costo de oportunidad, es dable que a los hospitales se les pida un rédito sobre la inversión³. Siendo empresas que cumplen una función social, la rentabilidad debería observarse, no solo en número de acciones, sino más bien en relación al impacto de los servicios que prestan en la calidad de vida o bienestar de la comunidad a la que sirve. Este aspecto no es sencillo de cuantificar, dado que la medición de impacto no se explica solo con medir la “productividad” como número de servicios prestados en relación a la cuantía de la inversión, y por otro lado, las condiciones de salud de las poblaciones dependen de diversas variables muchas de ellas sin duda de mayor influencia que el quehacer hospitalario.



Un objeto muy significativo para la sociedad guarda relación con la agregación de valor, entendida como la percepción de beneficio que tienen los usuarios al recibir los servicios. Así como en una empresa lucrativa, el agregado de valor (la valoración que el consumidor otorga al bien o servicio obtenido) es determinante en el posicionamiento de ésta en el mercado y por lo tanto de la rentabilidad que da a sus propietarios, en los hospitales que reciben financiamiento público el agregado de valor, en este caso “valor público”ⁱⁱ, es determinante para la sobrevivencia de la organización. Aquí, nos encontramos con una importante dificultad, ya que a diferencia de las empresas lucrativas que son muy sensibles a la generación de valor (los que se traducen en cambios automáticos de la conducta del consumidor), el hospital público suele ser menos perceptivo al valor que genera. Al respecto se suele decir que la explicación radicaría en que sus usuarios suelen ser cautivos y no existen incentivos para los funcionarios asociados a la satisfacción usuaria. Habiendo elementos ciertos en lo anterior, las causas raíces guardan también relación con elementos histórico-sociales que constituyen la cultura hospitalaria.

Por otra parte, hay que señalar, el hospital no es responsable en su totalidad de la consecución de su objeto, dado que los procesos productivos del establecimiento no comienzan ni terminan en sus muros. Dichos procesos, en términos de impacto sanitario y agregación de valor, se comprenden observando a los seres humanos como sujetos multidimensionales (cuerpo/psiquis/relación) en contextos históricos y sociales. Por tanto el objeto de una organización hospitalaria no se explica en el “universo” de las enfermedades, sino en el “*multiverso*”⁴⁵ de la vida humana en relación. Dicho de otra forma, el objeto del hospital se logra en mayor o menor medida, en cuanto como sistema, es parte de otros sistemas mayores, entendiendo el “ser parte” como acciones conjuntas coordinadas y sinérgicas entre los sistemas que aseguran un continuo de la asistencia.

Hoy día, la búsqueda del mejoramiento continuo del servicio que se presta a los ciudadanos obliga a tener una mirada constante sobre las interpretaciones que hacemos sobre la realidad. Es indispensable considerar las miradas que so-

ⁱⁱ Valor Público se refiere al valor creado por el Estado a través de la implementación de políticas públicas. En una democracia, este valor es definido en última instancia por el público mismo. El valor es determinado por las preferencias ciudadanas, expresadas mediante una variedad de medios y reflejados a través de las decisiones de los políticos electos, por lo tanto en el libre ejercicio del juego democrático. El valor “añadido” por el Estado es la diferencia entre los beneficios obtenidos por las decisiones públicas y los recursos y poderes que los ciudadanos deciden dar a su gobierno. En el valor público subyace un contrato implícito y a veces explícito. La legitimidad del Estado en su conjunto generalmente depende de cuán bien crea dicho valor social. El concepto de valor público provee un punto de referencia con el cual medir el desempeño de las políticas e instituciones públicas, tomar decisiones sobre la asignación de recursos y seleccionar sistemas apropiados de entrega.



bre la misma realidad tienen todos los que actúan e inter-actúan en ella y que buscan modificarla⁶. Para ello es indispensable crear espacios de interlocución y participación. Ello ayudará además a mejorar la comunicación, a establecer alianzas y redes efectivas de colaboración.

El desarrollo de estos espacios de participación en los establecimientos y redes asistenciales, debe ser tanto para canalizar las inquietudes de los usuarios, de los diferentes actores de la red asistencial –fundamentalmente la atención de primer nivel- y de los miembros de la propia institución, como para transparentar la gestión pública, e involucrar a los usuarios en los resultados de las instituciones. Estas instancias, a su vez, son vitales para involucrar a todos en el proceso de diseño de planes de acción y de control de la gestión, que aseguren su éxito al construirse participativamente. Todos estos tópicos son relevantes a la hora de asegurar un buen gobierno de las redes.

Las conversaciones, acuerdos y modificaciones de procesos deben traducirse en compromisos explícitos y formales, en primer lugar con la ciudadanía. Para hacer lo anterior viable, hay que traducirlos en instrumentos tales como compromisos o convenios de gestión entre quienes gobiernan las redes, entre distintos establecimientos y entre las direcciones de los hospitales con sus respectivas unidades internas.

1.3 Un modelo asistencial para redes efectivas

Un modelo asistencial es la forma cómo se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas y objetivos de una institución. Con el fin de sustentar un modelo de atención integrado, se debe instalar un modelo asistencial hospitalario coherente con redes integradas.

Dado que una red posee un territorio y población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y sus componentes deben relacionarse entre sí de manera horizontal, voluntaria, complementaria y flexible. Es esencial desarrollar capacidades de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

La comunicación y los sistemas de información son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de una red y su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requerirán de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en



la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con sus objetivos. Por otra parte, la efectividad sanitaria, exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

Una red o sistema integrado de salud permite que las personas resuelvan problemas de salud de diferentes complejidades, cooperativamente, en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el primer nivel y etapas en que las personas son derivadas a especialidades, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizada. El proceso clínico es entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos, o “redes de redes” que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. Las normas de referencia y contra referencia, así como protocolos y guías clínicas, deben ser diseñadas mirando la continuidad fluida de dichos procesos.

En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de contribuir eficaz y eficientemente a los procesos que se inician en el primer nivel y deben culminar allí, manteniendo la integralidad de la atención y visión coherente de los procesos.

El modelo asistencial se constituye flexiblemente sobre un proceso clínico que se basa en satisfacer las necesidades de las personas respetando la diversidad en cuanto sujetos insertos en un contexto familiar, social y cultural, teniendo al primer nivel, no como mera puerta de entrada, sino como lugar privilegiado desde donde articular la resolución de dichas necesidades. Por lo tanto, la red se configura desde las personas y sus familias (Figura 2.3) como sujetos protagónicos, y desde el primer nivel de atención como espacio central.

Es así que el proceso asistencial debe estar presente en:

- Continuo contextual: la persona en familia y comunidad.
- Continuo espacial: hábitat-dispositivos de la red-hábitat.
- Continuo temporal: todo el ciclo vital.

Los distintos procesos sanitarios deben ser mirados holísticamente teniendo al primer nivel de atención como una suerte de *metacentro* y no reduciéndolos a



las parcialidades con que suele reducirse los procesos al mirarlos sólo desde lo curativo, o sólo desde el del tiempo en que un usuario ocupa el espacio de una cama en un establecimiento hospitalario.

Figura 2.3. Red configurada desde personas y comunidades



Para lo anterior es clave, por un lado, ir superando la gestión burocrática y jerárquica; superando la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; superando las barreras gerenciales y funcionales entre el primer nivel y el especializado y, por otro, ir aumentando la capacidad de resolución del primer nivel integrando la medicina originaria y articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; garantizando la continuidad de la atención, y aumentando la participación de las personas y el grado de control social.

Para que el hospital pueda cumplir adecuadamente su misión en red, debe existir claridad acerca de:

- la misión de la red en su conjunto y los establecimientos o dispositivos que la conforman,
- los servicios ofrecidos en todos los puntos de la red,
- el tipo y magnitud de las necesidades de las personas,
- los principales flujos de personas y sus problemas,
- las insatisfacciones existentes (por ejemplo por listas de espera o rechazos),



- la articulación con otras redes,
- La planificación, operación y control de las redes.

Esta información generalmente está solo parcialmente accesible para cada establecimiento en forma individual y por ello se requiere una “administración de la red”, que es una función central de gobernanza.

La historia de nuestros hospitales, los hizo paulatinamente depender de los requerimientos de sus profesionales y hay muchos ejemplos del diario que hacen de cómo la organización del hospital no gira en torno de las personas a atender, sino que en torno a quienes trabajan en el hospital, particularmente sus profesionales (uso de las camas, forma de estructurar la agenda médica, horarios de atención, otros). De allí surge la interrogante -que intentaremos resolver más adelante- sobre quién es el cliente del hospital: el profesional, el usuario individual, la comunidad o la red asistencial.

En un modelo tradicional, el que provee el servicio, el personal de contacto que establece el vínculo con el usuario, es generalmente un profesional integrante del equipo de salud, muchas veces un médico, profesional de alta calificación, quien es el que canaliza las expectativas, deseos y necesidades del usuario, induciendo la demanda de prestaciones o productos intermedios, generando o determinando las acciones y, por tanto, los gastos para la institución. En un establecimiento, son los profesionales que están en contacto con los usuarios, los que en forma generalmente autónoma y desintegrada, toman decisiones sobre qué hacer a los usuarios y esas decisiones tienen repercusiones institucionales relevantes y también costos. Cuando el profesional de contacto no “piensa en red”, actúa compartimentadamente, no solo con respecto al primer nivel de atención u otros dispositivos, sino que corrientemente desvinculado de otros equipos del mismo hospital.

El modelo asistencial coherente con la lógica de RISS plantea que el cliente principal del hospital es la red asistencial y que la arquitectura organizacional debe girar en torno al usuario de los servicios, en un contexto de ciudadano portador de derechos, teniendo como base procesos clínicos integrados (Figura 2.4).

Los productos y los servicios hospitalarios son el conjunto de actividades o procesos destinados a satisfacer las necesidades o expectativas de cuidados, de atención y de información⁷. Lo central en un modelo asistencial integrado es que el hospital vea sus procesos clínicos, en la relación equipo de salud-usuario, en la indicación de una terapia, de exámenes, en la provisión de gestión de los cuidados -sean estos ambulatorios u hospitalizados-, como un continuo hacia atrás y hacia delante, interdependiente de otros dispositivos y fundamentalmente de la atención de primer nivel.



Figura 2.4. Procesos asistenciales integrados



1.4 Herramientas para la integración

Para la implementación de un modelo asistencial integrado es fundamental analizar la práctica clínica. No sólo es importante revisar la autonomía clínica que lleva a una alta variabilidad de la práctica médica, desde la óptica de la eficiencia y la costo-efectividad, sino también hay que revisar la práctica clínica como la forma de resolver mejor las necesidades del usuario a través de la cooperación entre distintas personas y equipos desde el propio interior de un establecimiento. Dicho de otra manera, no es posible hablar de RISS si al interior del hospital no se comprende su característica multidimensional y no se funciona en lógica de redes internas.

Sin duda en el hospital aún reside el poder de la clase médica, lo que hace que nuestros sistemas sanitarios todavía giren en torno al hospital como símbolo de estatus. Si donde “reside el poder”, los procesos clínicos se ven parcelados, se hace difícil que el hospital pueda integrarse efectivamente con algún otro. Esto implica que el aspecto de la cultura del equipo de salud hospitalario es radicalmente gravitante a la hora de instalar con efectividad modelos integrados (ver capítulo 4).

Todos hemos escuchado que el hospital es una entidad progresivamente compleja, y parece un hecho indesmentible. La complejidad tiene que ver con el grado de *interacciones de interdependencia* entre partes de una organización. Por lo tanto, la complejidad de una organización hospital no está en lo “com-



plicado de sus pacientes” (por ejemplo una señora adulta mayor con diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca y fractura de cadera), sino en la necesidad de interacciones de interdependencia para enfrentar las necesidades de salud de esa persona. Interacciones al interior del establecimiento y de éste con múltiples dispositivos en red.

Hablamos de relaciones de interdependencia cuando en el hospital, para lograr resolver la necesidad de un usuario, un profesional o un equipo, requiere de sus propios recursos más los de otras personas o equipos. Cuando las personas o equipos requieren coordinar acciones con otros para conseguir sus objetivos son *interdependientes*. La interdependencia se establece mediante conversaciones que se verifican con promesas (contratos). Promesas que son actos de lenguaje que requieren de confianza y apertura al aprendizaje para no sólo ser cumplidas y verificadas, sino que particularmente para ser vueltas a generar recursivamenteⁱⁱⁱ para originar mejoras de forma continua. Lo anterior explica que una interdependencia eficaz produzca resultados superiores a la “suma de las partes”.

Desafortunadamente, la cultura hospitalaria suele ver la “complejidad” fuera de sí, por tanto también ve los requerimientos fuera de sí (basados en los recursos, en la complejidad de la enfermedad y de la tecnología). Esta mirada reduccionista nos limita el aprendizaje para generar un contexto distinto: el escenario para la acción conjunta en la práctica cotidiana del hospital.

Una nueva mirada entiende que, en los hospitales, la creación de valor público recurre a dos mecanismos fundamentales y complementarios, por un lado: la *especialización y el autogobierno*^{iv}; la diversidad y descentralización del conocimiento y del poder al interior de la organización, se constituyen en esenciales para aprender a actuar en la complejidad, incertidumbre e impredecibilidad y, por otra parte, la necesidad creciente de *integración y cooperación*^v es decir que los aportes especializados deben articularse dentro y fuera del establecimiento de tal modo que generen un producto o servicio final valioso para el usuario.

ⁱⁱⁱ Recurrente o iterativo. Circularidad, que no implica volver al punto de origen, sino ascendiendo (mejora) en forma de hélice, por vía del aprendizaje.

^{iv} Autogobierno, se refiere al gobierno de sí mismo en la vida en sociedad. Por lo tanto difiere de autonomía, ya que reconoce a la persona y a los equipos conformados por los individuos como unidades capaces de auto organizarse en el espacio relacional. Es el convivir con otros el que regula los espacios del yo, del tú y del nosotros en relación a objetivos compartidos desde una mirada sistémica.

^v Auto organización y cooperación no pueden entenderse como movimientos contradictorios o divergentes, sino por el contrario, se deben constituir en un simultáneo en el convivir tanto al interior de organizaciones complejas como de éstas con los sistemas del cual forma parte.



Hoy todos comprendemos que el conocimiento se agrega a una velocidad exponencial. Nadie puede por sí mismo gestionar todo ese agregado de saber. Por lo tanto es imprescindible descentralizar dicho conocimiento –lo que explica la creciente diversidad en los equipos de salud- y empoderar a dichos equipos para que este sea administrado con efectividad (esto explica la creciente horizontalización de las empresas de servicio). A su vez, dicho conocimiento se hace inútil si no hay cooperación entre las distintas partes, las cuales se requieren para generar un resultado global. Resolver este aspecto, se constituye hoy en un elemento esencial para la gobernabilidad de los establecimientos hospitalarios.

Un tópico relevante para la gobernanza es la articulación de la diversidad. Como se ha señalado, la diversidad es una consecuencia inevitable y necesaria de la complejidad hospitalaria, que obliga a realizar esfuerzos crecientes para articular y así evitar la generación de desalineamiento y posiciones de poder que se “atrincheran” y no generan acción conjunta eficaz. Hoy observamos difíciles transiciones en nuestros hospitales, conviviendo fuertes resabios de jerarquías y estructuras verticales de poder –teniendo arriba al médico como profesión y al hombre como género dominante- en paralelo con tendencias incipientes hacia una horizontalización respetuosa de la diversidad, junto a la propensión a instalar posiciones de poder compensatorias, sea en los gremios, o en nuevas estructuras como las de enfermería u otras, donde hay que cuidar contribuyan a generar mayor sinergia, mejores conversaciones y procesos más fluidos.

Cuando se hace una opción explícita por un modelo de atención y de gestión en salud en red asistencial, entonces los procesos asistenciales deberán ser coherentes con el modelo y articular los procesos clínicos en función de las necesidades de los usuarios y de la continuidad de la atención, generando resoluciones oportunas y devolviendo los pacientes a su entorno comunitario, de modo de mantener una capacidad de oferta sanitaria adecuada.

Un desafío propio de la realidad epidemiológica de nuestros países es acentuar el auto cuidado y la promoción de la salud, lo que evidentemente lleva a un cambio casi radical en la naturaleza de las intervenciones, privilegiando a la promoción no solo por su costo-efectividad, o su rentabilidad, sino por una razón ético-social.

1.5 Mecanismos para la coordinación y la continuidad asistencial

El modelo asistencial hospitalario para el trabajo en red, requiere de competencias para el ajuste relacional entre los distintos partícipes; para la estan-



darización diagnóstica y terapéutica; la *ambulatorización* de los procesos de atención, y la organización dinámica de los procesos desde las necesidades de los usuarios según los requerimientos de la atención de primer nivel y las políticas y orientaciones de la red. Estandarizar implica aplicar reductores de variedad en la organización. El ser humano necesita de hábitos, por lo tanto, sin colocar en “piloto automático” gran parte del cotidiano convivir no le sería posible, haciéndose difícil enfrentar lo nuevo, lo incierto o lo imprevisto. Basta con revisar un día corriente de nuestra vida para comprobar lo evidente de dicha afirmación. Igualmente en las organizaciones, es clave colocar en “automático” -reducir la variedad- todos los ámbitos donde hay altos niveles de consenso y certeza. En todos los niveles en que hay evidencia y razonable acuerdo de que es la manera “adecuada” de enfrentar un aspecto del quehacer. Lo que corresponde organizacionalmente -en esos ámbitos- es estandarizar, de forma que las energías y competencias institucionales estén disponibles para acometer los desafíos del desarrollo, la adaptación y el cambio, lugares donde suele haber incertidumbre y falta de consenso. En el quehacer hospitalario dichos ámbitos corresponden a guías clínicas y protocolos. Cuando hablamos de un hospital en lógica sistemas integrados, es esencial que dichos protocolos sean construidos viendo los procesos integrados y no partes de estos. Para lo anterior, es clave que dichos protocolos y guías surjan de conversaciones que involucren a todos los actores de la red^{vi} y que tengan como centro al usuario. Una señal potente de funcionamiento en red es revisar una guía médica cualquiera: si esta comienza viendo al “paciente” desde la admisión del hospital en adelante, es que la red no existe, es solo una ilusión, un buen propósito.

Los avances tecnológicos están ayudando vigorosamente a *ambulatorizar* los procesos. Justamente un tema “en red” es responder dinámica y flexiblemente a las preguntas de “cuánto y dónde *ambulatorizar*”. Actualmente la mayoría de las cirugías complejas se pueden realizar en modalidad de hospital diurno, así como las quimioterapias, diálisis y muchos otros procedimientos terapéuticos que hace unos años se debían realizar en atención cerrada. En un hospital de alta complejidad moderno, cerca del 70% del quehacer sucede en modalidad ambulatoria. Pero aún el poder radica en el modo de atención cerrada y eso se verifica observando dónde radican las jefaturas, dónde los médicos dedican su interés, etc. Lo anterior implica cambios organizacionales y arquitectónicos audaces. Un hospital hoy debe tener sus incentivos puestos en lo ambulatorio. En dichas áreas deben estar las oficinas médicas, las áreas de estudio y seminarios, las de toma de decisiones y también las de descanso y convivencia. Las

^{vi} El diseño de protocolos y guías co- construidas “en red”, requiere desarrollar competencias relacionales y gradualidad de modo de ir paso sobre paso instalando procesos compartidos desde lo más sencillo a lo más difícil, donde se pueda lograr efecto de demostración y de replicabilidad.



especialidades médicas deben estar radicadas en el espacio de lo ambulatorio y desde allí prestar servicio a la atención cerrada. El “*locus* médico” debe pasar de la cama al box. Mientras lo último no pase no hay red real posible, ya que será señal de que el poder sigue al lado de la cama y del modo tradicional de hacer las cosas.

Organizar los procesos hospitalarios desde el primer nivel de atención, teniendo como centro al usuario, implica sistemas de referencia y contra referencia que han sido construidos participativamente en red, que están vigentes en el cotidiano convivir del establecimiento. Lo anterior debe traducirse, luego de procesos graduales y consensuados, en que el primer nivel acceda a la administración de la agenda de los especialistas en la atención hospitalaria; en que exista una razonable y concordada relación entre usuarios nuevos y controles (por lo tanto, que estos no sean capturados por el hospital); en que la internación esté determinada en mayor proporción por personas con un problema de salud electivo (y no por la urgencia) en base a la priorización en red; que la tabla quirúrgica esté diseñada en relación a listas de espera y políticas de priorización en red; y que la urgencia hospitalaria reciba mayoritariamente emergencias de personas, cuyo problema de salud no pudo ser resuelto en el primer nivel de atención y que una proporción importante de las consultas de emergencia sean derivaciones de la propia atención de primer nivel. Lo anteriormente señalado es una sencilla lista de las tareas a acometer para la instalación efectiva de un nuevo modelo asistencial que haga de los hospitales un verdadero colaborador de una red integrada de servicios de salud.

De todos los atributos de la calidad, además del acceso a los servicios y la adecuada coordinación en la atención de los problemas de salud de las personas, quizás garantizar la “continuidad” de la atención es uno de los desafíos más importantes cuando los hospitales evolucionan hacia Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las Reformas de los Sistemas de Salud de los años 90 estimularon la competencia entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (la competencia gestionada), lo cual desestimuló los procesos de “complementariedad” entre ellas. Lograr la continuidad de la atención implica conseguir en una sola imagen móvil longitudinal, la adecuada articulación de las piezas de un rompecabezas de gran complejidad.

Conseguir la integración clínica implica contar con los mecanismos de financiación adecuados, la coordinación de incentivos, las estructuras organizativas necesarias y la orientación clara de la gestión de los servicios hacia el logro de ese objetivo. Esto se hace más difícil de conseguir cuando se cuenta con multiplicidad de proveedores, descoordinación de los servicios, insuficiente medición de los resultados y desatención a los gustos y preferencias de los



usuarios. Concluimos así que un problema central de los servicios de salud es la escasa integración y coordinación entre los diferentes niveles de atención (primer nivel, intermedia y especializada), tanto de los usuarios con enfermedades agudas que requieren atención de urgencias, como en los usuarios con enfermedades crónicas y terminales.

Dentro de las estrategias de coordinación asistencial, algunos instrumentos del *managed care*^{vii} han tenido un papel relevante en los últimos años tales como programas⁸⁹ de gestión de enfermedades (PGE) y de casos (PGC). En el PGE, los grupos de personas con una misma enfermedad, condición clínica similar o riesgo de padecerla, son atendidos por equipos interdisciplinarios especializados y de la más alta calidad, que cuentan con el mejor conocimiento disponible y guías clínicas o protocolos de esa enfermedad quienes son los responsables de garantizar cuidados integrados y la continuidad asistencial. En el PGC, los usuarios de alto riesgo con problemas complejos, son atendidos por responsables especializados, que asumen las tareas de coordinación e integración de la prestación de los servicios. El “gestor del caso” hace las veces de coordinador asistencial de todas las enfermedades y episodios patológicos de una persona usuaria concreta, e integra la evaluación de las condiciones de vida, la dinámica de su entorno familiar, su contexto cultural y vital, para preparar el plan de atención que se adecue a los requerimientos del caso específico. La atención, en estos casos, incorpora tanto prestaciones sanitarias como de servicios sociales de carácter comunitario y las facilitadas por grupos voluntarios, asociaciones de apoyo y otras. En conclusión, la función de los “gestores de caso” es ayudar a las personas usuarias a moverse a través de diferentes instituciones, niveles de complejidad, sistemas organizativos y diferentes especialidades.

Tanto el PGE como el PGC tienen su origen en el *Disease Management*^{viii} que ha sido traducido de diferentes formas como *gestión de enfermedades*, *gestión de patologías*, *gestión integral de patologías* y *atención integral de patologías*. Independientemente de cómo se denomine, puede ser útil para desarrollar modelos sistémicos con una integración más estrecha entre la atención primaria y la especializada; una gestión más costo efectiva que da prioridad al autocuidado y más participación a personas, familias y comunidades, por lo que consideramos importante tener estas herramientas en cuenta para la articulación de la atención en las RISS.

^{vii} Este término es la denominación empleada por el Kaiser Permanente’s Care Management Institute (<https://www.kaiserpermanente.org>; www.kpcmi.org)

^{viii} El término original, *Disease Management*, fue acuñado en 1993 por el Boston Consulting Group como una estrategia que buscaba tener mayor control sobre la continuidad de los tratamientos en los pacientes crónicos. Desde entonces ha sido aplicado ampliamente en Estados Unidos y sólo en los últimos años en Europa.



2.- Organización y Gestión

2.1. Un modelo de gestión para un hospital en red

Modelo de gestión es la forma cómo se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución. Con el fin de sustentar el modelo asistencial integrado, se debe instalar una gestión hospitalaria en red que permita observar a todos los actores que interactúan en una red territorial como co-responsables de los resultados sanitarios de una población determinada.

La historia de nuestros sistemas de salud y hospitales explica que la satisfacción de las necesidades integrales de los usuarios, más allá de lo exclusivamente técnico-terapéutico, no haya sido el centro de la preocupación y desarrollo del hospital. Igual fenómeno sucedió en términos de la falta de capacidad de instituir una efectiva mirada de red a través de la cooperación con otros dispositivos para integrar sus procesos. Por el contrario, se estableció una manera burocrática y jerárquica de enfocarse en los requerimientos dentro de los muros del hospital, con alta dependencia de las necesidades de sus propios profesionales. En relación a lo último se han señalado numerosos ejemplos del cotidiano hospitalario: uso de las camas, forma de estructurar la agenda médica, horarios de atención, la “captura” de los usuarios por el nivel hospitalario con la consiguiente dificultad para “devolverlos” a otros dispositivos, etc. Por tanto, es esencial -como se señalara anteriormente- despejar la pregunta sobre el “cliente efectivo” del hospital en red. Si acaso es el profesional o el usuario individual o la comunidad, o bien, la red asistencial. El modelo de gestión hospitalaria en lógica de RISS exige que el cliente principal sea la red asistencial y que la arquitectura organizacional deba girar en torno al usuario de los servicios, en un contexto de ciudadano sujeto de derechos.

En lógica de sistema integrado, el hospital se re-organiza de forma dinámica y flexible sobre la base de satisfacer las necesidades de las personas en cuanto sujetos insertos en un contexto familiar y social, teniendo al primer nivel, no como mera puerta de entrada, sino como parte de una estrategia privilegiada desde donde articular la resolución de dichas necesidades.

Para que el hospital en red pueda cumplir adecuadamente sus propósitos, debe tener claridad acerca de los objetivos comunes de la red. Para esto debe haber contratos que traduzcan aquello -entre otros tópicos- en metas de producción, mecanismos de retroalimentación y asignaciones e incentivos alineados.



dos con dichos objetivos (Tabla 2.1) que, al guardar relación con un gobierno en red, son relevantes al regir y determinar la práctica de la convivencia en red y son claves para una incorporación plena del hospital a su red.

2.2. Organización hospitalaria y gestión estratégica en red

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de interacciones de personas que la conforman, para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor, puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la conforman. Hoy día avanzamos hacia organizaciones en las cuales su principal activo son las personas que las constituyen. La interacción de las personas en la institución tiene básicamente tres componentes: las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real. Las declaraciones fundamentales se sitúan en el plano de la mirada estratégica de la institución, o señalado de otro modo, en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente más allá de sus muros, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad. Estas declaraciones, diferencian a la organización de su entorno, pero también la relacionan con él. Cualquier organización es dependiente de su entorno pero también lo influye.

Las **declaraciones fundamentales** de una organización son: ¿Para qué y en qué contexto existe, su misión en perspectiva de red?; ¿A quiénes y con quiénes sirve? o ¿Hacia quién está dirigida su actividad; sus clientes, la red asistencial y la población usuaria?; ¿Qué ofrece y quién define qué produce como traducción de los requerimientos de la red?; ¿Cómo requieren ser, los principios y valores que la inspiran? Estos aspectos como co-construcciones entre las personas que conforman una red asistencial son cada vez más relevantes, especialmente en las organizaciones que desean pasar del control burocrático a una acción descentralizada, capaz de articular el autogobierno clínico con creciente competencia de cooperar en red, basándose ya no en comando y control o meras relaciones comerciales, sino que fundamentalmente en aspectos valóricos, de identidad y de visión compartidos.



Tabla 2.1. Requerimientos del hospital para el funcionamiento en red

Estrategia	Misión y visión co- construida participativamente en red. Conjunto de políticas, objetivos y valores compartidos.
Objetivos	Conocimiento acabado del tipo y magnitud de las necesidades de las personas usuarias de la red. Diseño participativo de los principales flujos de personas y de los puntos críticos para resolver sus requerimientos. Co-construcción de los servicios ofrecidos en todos los puntos de la red en términos de optimizar las capacidades y competencias de cada nodo.
Instrumentos	Sistemas de información clínicos y de gestión. Mecanismos de control y retroalimentación. Priorización de inversiones a base de objetivos de red. Normas de derivación y contra derivación a base de identificación permanente de prioridades sanitarias, las insatisfacciones existentes (por listas de espera, trato, rechazos u otros). Hábitos de toma de decisiones y resolución de conflictos transparentes y confiables. Mecanismos de pago e incentivos alineados. Instrumentos y reglas del juego claras y estables para asignar recursos. Competencias para modelar a los distintos actores. Articulación con otras redes.

La construcción estratégica de una práctica de red, es el proceso colectivo dinámico y continuo, de redefinición de metas de corto, mediano y largo plazo para alcanzar objetivos compartidos que permitan cumplir con la misión y hacer realidad la visión que participativamente haya generado la red, tomando en cuenta el entorno y los diversos actores que actúan sobre la misma realidad. Lo anterior implica que el ejercicio estratégico de un hospital no pueden estar desalineado respecto de lo que se construya en red. Es así que el hospital tiene que consolidar dos aspectos en simultáneo: (i) instalar una cultura de pensar estratégicamente al interior del hospital y (ii) que esta práctica de pensar tenga su foco en las necesidades del usuario en términos de acción en red.

Teniendo el hospital en red como objetivo agregación de valor a la ciudadanía usuaria y el logro de los impactos sanitarios que se ha propuesto (Figura 2.5), las acciones que debe desarrollar el hospital tienen como foco o cliente la red y las necesidades de sus usuarios, a través del desarrollo de las personas que prestan los servicios, condición esencial para actividades que agreguen valor. Estas acciones son el resultado de procesos que deben tener como característica su capacidad de integrar tanto en lo asistencial como en lo logístico. Esto último



implica definir cómo se desarrollará más adelante la gestión asistencial que integra temporalmente distintos ciclos vitales; espacialmente lo que se efectúa en distintos dispositivos o niveles de la red; dimensionalmente planos sociales, emocionales, estructurales y tecnológicos. Esta integralidad debe superar los estancos entre asistencia e investigación y desarrollo, así como los tradicionales divorcios entre clínica y administración. Esta capacidad de integración debe marcar los procesos administrativos y logísticos de forma obtener reales economías de escala a nivel de los distintos establecimientos que conforman la red. Finalmente, los procesos descansan en herramientas organizacionales que deben desarrollarse con el objeto de optimizar recursos y competencias, siendo la principal evidentemente el capital humano.

Figura 2.5. Mapa estratégico de un hospital en red



Derivado de lo anterior se desprende la estructura del hospital, la que debe responder a la necesidad de organizarse para cumplir los objetivos estratégicos de la red. La **estructura** sigue a la estrategia, cuando esto no sucede las estructuras y prácticas derivadas solo responden a los requerimientos de los grupos de interés. Una estrategia explícita y co-construida permite establecer roles y organizar los recursos a base de los requerimientos de la red. Surge entonces un organigrama cada vez más dinámico en la medida que se ajusta a objetivos, y los cargos que también se van definiendo en torno a competencias y respon-

sabilidades requeridas para esos mismos objetivos. Se estructuran los procesos y se establecen los sistemas de apoyo. Hasta hace poco la organización misma se confundía con la estructura y era esta la que, en definitiva, determinaba los resultados de la organización. Estrictamente, son los resultados buscados para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, los que deben determinar la organización necesaria para ello. Nos detendremos en la estructura organizacional más adelante.

Luego de las decisiones estructurales, lo determinante es la forma de enfrentar la **práctica** real, que está influida por la mirada estratégica y los marcos estructurales, pero también por otros aspectos relevantes en cualquier organización: el cómo se hacen en realidad las cosas, las normas no escritas que están en la convivencia diaria, en lo que está en las conversaciones, en cómo se resuelven los conflictos; en suma, por la cultura de la organización (ver capítulo 4). Los productos y servicios hospitalarios son el resultado de un conjunto de actividades o procesos destinados a satisfacer las necesidades o expectativas de cuidados, de atención y de información¹⁰ de la red.

En realidad un establecimiento provee o “produce” múltiples servicios, pero los más característicos son aquellos demandados directamente por el usuario externo, es decir aquellos que dicen relación con el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas, incluyendo la gestión de los cuidados. Lo central en un hospital es cómo orienta y vive la relación equipo de salud – usuario. La producción de dichos servicios o productos constituye el “corazón” del quehacer de los establecimientos, los define y les da sus particularidades. El hospital desarrolla **procesos asistenciales** (desde la economía podríamos decir el “giro del negocio”) los cuales no se pueden producir sin una serie de **procesos logísticos y de apoyo** que suceden en simultáneo, junto a numerosas **funciones de intercambio y adaptación al entorno**, que debe traducirlas en contenido estratégico que alinee a toda la organización, junto con incorporar recursos financieros y tecnológicos e integrar al hospital con otros sistemas y eliminar desechos, respetando el medio ambiente. Por ello, podemos decir que un hospital tiene funciones asistenciales de mantenimiento y adaptativas o de intercambio. Todas ellas fluyen en el modo humano de hacer acción conjunta e interdependiente, a través de conversaciones en la vida cotidiana de ser hospital.

2.3. Elementos de la organización para el hospital en red

El establecimiento organizado para servir a una red, es una organización amigable, integrada al sistema social del país, en permanente interacción con los



otros componentes de la red de servicios de salud, con una imagen corporativa sólida, con resultados eficaces y eficientes, abierta al cambio y sensible a la retroalimentación y al control social. El hospital, es una institución compleja, de múltiples unidades, servicios y productos, que por su naturaleza requiere funcionamiento continuo en el tiempo y demanda la solución de emergencias sin interrumpir su actividad. El modelo de gestión debe reconocer estas particularidades y garantizar la minimización de los riesgos asociados al funcionamiento de todos sus componentes.

Antes de referirnos a aspectos generales de la organización hospitalaria, hay que insistir en la necesidad de que los establecimientos hospitalarios se diseñen y operen flexiblemente de forma respondan a los requerimientos de la red asistencial, esto implica que los niveles de complejidad y cartera de servicios deben ser definidos por la red. En esta lógica se debe debatir continuamente sobre la necesidad de “institutos nacionales de referencia”, equilibrando la razonable necesidad de la concentración de casos para mantener experticia y calidad de los resultados versus la generación de barreras de acceso debido a la concentración de oferta en determinados puntos geográficos. En todo caso la estructuración de centros de carácter regional o nacional debe ser consecuencia de planificación y optimización de competencias y capacidades y no resultado de situaciones históricas o de presiones de grupos de interés. Igualmente las decisiones de inversión deben ir asociadas a las decisiones de modelamiento de la red. Resulta interesante observar tendencias a diseñar “conglomerados” hospitalarios donde se tiende a compartir placas técnicas y el apoyo logístico. En la línea de lo señalado, son destacables los esfuerzos por generar economías de escala y mejoras en calidad al concentrar regionalmente ámbitos como los bancos de sangre, laboratorios e imagenología. En el capítulo 5 se podrá ver el esfuerzo del Caribe de habla inglesa por compartir servicios de alta complejidad y costo. En la vía de integrar y compartir estamos recién iniciando un camino de suyo interesante y con claras ventajas para nuestros sistemas sanitarios y sus usuarios.

2.3.1. Modelo general de organización

El modelo de gestión debe incorporar como su objetivo esencial que los procesos del hospital estén centrados en las personas que reciben atención y sus familias, con enfoque de procesos y resolución integral de los problemas de salud. Los principios orientadores que deberán ser incorporados a la organización, estructura y procesos del nuevo establecimiento son:



- Calidad, oportunidad y seguridad
- Centrado en las personas
- Enfoque de procesos
- Resolución integral de los problemas de salud

Para dicho modelo puede ser útil entender estructural y arquitectónicamente al hospital en módulos: módulo ambulatorio, módulo hospitalario, módulo de apoyo clínico (también denominado de apoyo diagnóstico y terapéutico), módulo de servicios compartidos y módulo de gestión estratégica (Tabla 2.2).

Esta forma de organizar un hospital, privilegia lo ambulatorio y organiza la hospitalización en base a la atención progresiva (necesidad de cuidados) como un servicio que este último ofrece al primero, quién es el que lleva globalmente el control de los procesos. Para que efectivamente se dé este tipo de organización es esencial que los médicos se “instalen” (construyan identidad) en lo ambulatorio. Para ello es facilitador, como ya se señalara, que las oficinas de las especialidades, sus salas de reunión, sus lugares de convivencia, los espacios para la docencia, por ejemplo, que son espacios privilegiados para la cultura médica, estén físicamente en el espacio arquitectónico del área ambulatoria del hospital. Sin duda un nuevo modelo de gestión requiere de su correlato en la utilización de los lugares físicos. No hay nada más frustrante que ver cómo las necesidades del usuario y la mejor manera de resolverlas termina adaptándose a rutinas añejas y lo que es peor, no tan sólo a estructuras mentales, sino que a edificios concebidos para otra cosa.

Dado que desde que se diseña un nuevo hospital hasta que este se ocupa suele pasar casi una década, el sentido común sugiere que las plantas sean totalmente libres de forma adaptarlas a la realidad que se deba vivir al momento de utilizar las instalaciones. Desafortunadamente estos conceptos están recién entrando en nuestra cultura, lo que explica que aún se están entregando edificios nuevos, que desde ya que inauguradas, no se ajustan a las necesidades de los usuarios ni a las del modelo de gestión del establecimiento.

El nuevo modelo de gestión requiere facilitar (incluso obligar) que se produzcan las mayores conversaciones posibles. Esto implica residencia común para el hospital; salas de estar comunes y evitar las oficinas “privadas”. Todo lo que favorezca a que las personas se vean, se traducirá en procesos más fluidos e integrados. Así mismo se debe privilegiar que los pabellones quirúrgicos y boxes sean polivalentes, salvo aquellos que dispongan de equipamiento fijo especializado, de forma evitar “feudos” que sean fuentes de quiebre en los procesos.



2.3.2. Diseño estructural alineado con la estrategia

Para funcionar y alcanzar sus objetivos, los hospitales deben dotarse de una estructura que combine relaciones formales preestablecidas y aquellas que son el resultado de las actividades e interacciones de sus miembros, así como también las diferentes tareas y funciones que se desarrollan en su seno. En este tipo de organizaciones existen órganos de línea que ejecutan las acciones propiamente sanitarias, y por otra parte, existen órganos de asesoría (o *staff*), que ejecutan acciones de apoyo y consultoría, manteniendo relaciones permanentes entre sí.

La orgánica estructural debe privilegiar la orientación hacia los usuarios, sus problemas de salud y el mejoramiento continuo e innovación de la calidad de la atención. Por lo tanto, los procesos son la base de construcción de la matriz organizacional, destinada a responder en un continuo de atención, con los soportes necesarios y la gestión de los recursos habilitantes para la cadena de valor central.

Así será necesario observar en el diseño de la estructura, aquellos recursos que pueden ser compartidos, los procesos de valor que comparten una ontología identificable y la manera más eficaz de proveer apoyo a la cadena de valor.

Las funciones directivas deberán transitar hacia la descentralización de responsabilidades, la evaluación de los resultados, la comunicación y la negociación, lo que supone una redefinición del rol, la cultura y los instrumentos de trabajo de las direcciones de hospitales. Resultan fundamentales los liderazgos institucionales, que permitan involucrar a los equipos multidisciplinares en la gestión de los procesos, convirtiéndolos en motores del cambio y protagonistas de las mejoras permanentes y la integración de innovaciones para la entrega de servicios. La estructura (organigrama funcional) del establecimiento se conforma por líneas de dirección y por líneas de apoyo y coordinación técnica transversal.

2.3.3. Gestión por resultados

Generalmente el que provee el servicio característico, el personal que establece el vínculo con el usuario externo, es un profesional integrante del equipo de salud, muchas veces un médico, quien canaliza las expectativas, deseos y necesidades del usuario. En un establecimiento, son los profesionales que están en contacto con las personas usuarias, los que en forma generalmente autónoma y descentralizada toman decisiones sobre qué hacer a los usuarios y esas de-



cisiones tienen repercusiones institucionales relevantes y también costos. El profesional clínico no solo dirige las expectativas, sino que también induce la demanda de prestaciones dentro o fuera del establecimiento, determinando las acciones y por lo tanto, los gastos para la institución.

Tabla 2.2. Funciones de diversos módulos hospitalarios

<p>Módulo Ambulatorio</p>	<p>Eje principal de la actividad del hospital, organizado para la atención especializada de aquellos usuarios que por definición de la red, requieren absolutamente del hospital para resolver sus necesidades. En este módulo se debe desarrollar la atención ambulatoria de especialidad electiva o de emergencia con o sin hospitalización transitoria. El modulo de ambulatorio se debe organizar en procesos que compartan infraestructura, servicios de apoyo y logística, manteniendo un sistema centralizado de información, coordinación con los pacientes y su equipo de atención del primer nivel. La atención de emergencia debe estar inscrita en una red de urgencia con claras normas de referencia y contra referencia.</p>
<p>Módulo Hospitalario</p>	<p>Encargado de prestar servicio a los usuarios del módulo ambulatorio que, dadas las características de su problema de salud, requerirán hospitalizarse. La hospitalización estará definida de acuerdo a protocolos de ingreso y egreso, desarrollados en consenso entre las unidades ambulatorias y el módulo hospitalario. Este módulo dispondrá y gestionará todos los recursos necesarios para llevar a cabo su actividad, entregará sus servicios a los usuarios de acuerdo a su requerimiento de cuidados (cuidados especiales, intermedios e intensivos), requiriendo gestión centralizada de camas con el objeto de incorporar flexibilidad, oportunidad y eficiencia en el uso del recurso cama del hospital.</p>
<p>Módulo de Apoyo Clínico</p>	<p>Encargado de entregar servicios (laboratorios, imágenes, medicamentos e insumos, banco de sangre, quirófanos y esterilización, nutrición clínica, etc.) a los módulos ambulatorio y hospitalario, solicitados en la atención de los usuarios dados los requerimientos de su problema de salud. Algunos de estos servicios pueden ser compartidos en red.</p>
<p>Módulo de Servicios Compartidos</p>	<p>Debe dar soporte (finanzas, abastecimiento y logística, servicios generales y mantenimiento, administración de recursos humanos, etc.) transversal a todos los procesos clínicos y de apoyo antes descritos, quienes deben ser apoyados por arreglos de servicios compartidos independientemente de que estos se presten por personal propio o por modalidades de <i>outsourcing</i>. Dichos servicios también pueden ser compartidos en red.</p>
<p>Módulo de Gestión Estratégica</p>	<p>Comprende a la alta dirección del hospital, las funciones de calidad, auditoría, control de gestión y sistemas de información gerencial, apoyo ético, docencia, innovación y desarrollo, entre otras.</p>



Una de las estrategias para introducir control de gestión en la práctica clínica hospitalaria, ha sido la incorporación de profesionales del área de la administración, quienes al estar separados de los equipos clínicos, no logran llegar a interactuar con ellos o a convencer a estos de la necesidad de racionalizar sus prácticas, por lo tanto, suelen no producir los efectos esperados de otorgar un mejor servicio y controlar los costos. Lo anterior quizá se lograría mejor si se involucrara a los que de verdad toman las decisiones que determinan las diferentes acciones hospitalarias, a través de una administración con sentido clínico y con énfasis en el impacto sanitario.

La práctica clínica es entonces el centro del modelo. La gestión clínica¹¹ -que se entiende como el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para la mejor atención sanitaria- es un diseño organizativo descentralizador que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica¹².

El desafío no es quitar responsabilidad y autonomía al equipo clínico^{ix}, sino por el contrario, aumentarlas logrando que les haga sentido -a través de alineamiento e información para la toma de decisiones- disminuir una mal entendida “autonomía clínica”, que agudizada por la amplia disponibilidad tecnológica actual, lleva a una alta variabilidad de prácticas, la cual no sólo afecta la eficiencia sino también aumenta los riesgos al impactar negativamente en la calidad. La variabilidad clínica desmedida es fruto de desconocer el aprendizaje y la investigación que provienen de análisis basados en evidencias. Ello ha comenzado a ser cuestionado por los propios usuarios, que disponen hoy de gran información. El modelo de gestión busca una disminución de la variabilidad, que permita incrementar la calidad, efectividad y eficiencia de las acciones y mejorar la planificación. Este es el fundamento de la nueva tendencia de “gestión clínica”, que busca devolver a los clínicos la responsabilidad no solo clínica, sino también de la mezcla y uso de los diferentes recursos, con la conducción global del proceso, haciéndose responsables no solo de un *paciente* en particular, sino del conjunto de ellos con el objeto de lograr mejoría continua de la calidad y la agregación de valor para las personas usuarias y la sociedad. Esto ha avanzado a tal punto que al gestor clínico se le ha venido -en analogía a las empresas de servicios de otras áreas de la industria- a comparar con un “*product manager*”.

^{ix} La “autonomía” es un concepto muy arraigado y valorado en la cultura médica. Colocarla en riesgo solo genera resistencia. Por el contrario, hace sentido al médico valorizar dicha autonomía en cuanto está cooperativamente al servicio de procesos asistenciales co-construidos con su activa participación con foco en la calidad y centrados en el usuario.



2.3.4. Los Centros de Responsabilidad

La tendencia a organizar internamente el establecimiento en torno a procesos que tengan un responsable determinado, genera nuevos requerimientos de plasticidad en la organización interna de los establecimientos. A esta forma de organización la denominaremos Centro de responsabilidad (CR). Un CR es una unidad que origina integradamente, al menos un producto intermedio (tales como procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) o final (tales como egresos y consultas), bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada CR puede estar constituido por varios centros de costos. Cada centro de costos originará costos directos e indirectos, y tendrán (i) costos fijos (que no están determinados por el nivel de actividad y que están generalmente asociados al recurso humano, la infraestructura y el equipamiento) y (ii) costos variables (que están determinados por el nivel de actividad y que suelen estar asociados fundamentalmente a los insumos).

El concepto de CR deriva de la importancia de relevar el proceso productivo asistencial, que tiene productos específicos que deben ser conocidos en cuanto a su cantidad y calidad; que tiene procesos donde intervienen personas y otros recursos tecnológicos y fungibles; procesos que tienen costos y etapas productivas susceptibles de estandarizar y mejorar en términos de eficiencia y calidad; y que tienen un responsable, el cual debe dar cuenta de sus productos en términos cuantitativos y cualitativos, así como de la calidad de los procesos y de los gastos realizados. Sin duda que en ello es clave la capacidad del responsable para generar trabajo en equipo, competencias de aprendizaje y de mejora continua, y para dar cuenta al establecimiento en su conjunto de la obtención de metas productivas en un contexto de excelencia.

La estructuración de las unidades funcionales clínicas en CR obedece a la lógica de que el establecimiento se hace “responsable” ante la red, del cumplimiento de ciertas metas, y que dichos compromisos los traduce al interior del establecimiento. Dicho de otro modo, difícil es que un establecimiento se pueda comprometer a ciertas obligaciones ante la sociedad, y cumplirlas, si no son sus propias unidades productivas –los que hacen la labor- quienes las asuman.

Para que la lógica antes descrita pueda ser efectivamente operativa, se requiere que el establecimiento: (i) defina junto a su red la cartera de servicios; (ii) defina su organización interna a base de procesos que permitan la viabilidad de su cartera de servicios (centros de responsabilidad); (iii) que traduzca sus compromisos con la red en compromisos con cada uno de sus CR; (iv) que establezca un sistema de información gerencial que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas en términos de cantidad, calidad y costos;



(v) que invierta en generar las competencias de “gerencia^x” en el CR y (vi) que establezca sistemas de reconocimiento según el grado de dicho cumplimiento. Así como hay que definir una producción determinada para cada unidad funcional clínica, hay que dotarla de la capacidad de manejar lo más descentralizadamente posible el presupuesto asignado para cumplir con las obligaciones productivas señaladas para que así una unidad se haga “responsable” de una cantidad de recursos que la sociedad pone a su recaudo para que con ellos genere una determinada cantidad de productos en ciertos términos de calidad y oportunidad. Por ello el nombre de “centro de responsabilidad”, ya que lo que se pretende hacer, en realidad, es traducir concretamente la responsabilidad social del establecimiento a responsabilidades productivas específicas.

Un CR no puede ser “ponerle otro nombre” a los clásicos servicios clínicos, sino que debe repensar el establecimiento en torno a sus procesos, colocando como eje al usuario en contexto de redes integradas. El responsable de un CR será quien independientemente de su profesión, tenga el liderazgo y las competencias (o bien, desee adquirirlas). Los CR podrán ser dirigidos por un pequeño equipo, donde se complementarán los aspectos esenciales relacionados con la gestión del centro. Cada establecimiento podrá ver la mejor forma de dar solución a estos aspectos; lo central es que las metas estén perfectamente definidas, que los recursos que se tienen para ello estén explícitos y que se rinda cuenta de qué se hizo con los recursos señalados, todo esto bajo un liderazgo claro.

En los CR se realiza la gestión clínica, los actos de diagnóstico y tratamiento, así como el de los cuidados. Hay que cuidar que estas actividades no sean “propiedad” de una disciplina o profesión que fluyen en paralelo como expresión de necesidades del ejercicio del poder de distintos grupos al interior de los establecimientos. Más bien, colocando al usuario al centro, el equipo debe tender a compartir y cooperar, rompiendo barreras y obstáculos que se han ido instalando por distintas razones a lo largo de la historia hospitalaria.

2.3.5. Gestión clínica a través de procesos integrados

La gestión clínica busca unir de modo virtuoso al paradigma asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común, de manera de lograr la mayor eficacia, eficiencia y calidad de los servicios prestados, con la mayor

^x Por mucho tiempo se seguirá debatiendo con respecto a quien debe conducir un CR clínico, si acaso el médico, una enfermera, un ingeniero... etc. Lo relevante será consolidar evidencia sobre el perfil requerido para esta función de liderazgo integrador de lo clínico y lo administrativo, así como evaluar distintas experiencias.



satisfacción de las personas que reciben la atención como las que la prestan. La ética de la gestión sanitaria insiste hoy más que nunca en la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional más allá del dominio de la disciplina científica; esto requiere de gestores y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la excelencia en su desarrollo como personas íntegras. También requiere de equipos que superen la mirada tradicional del paternalismo implícito en la «beneficencia» clásica, al reconocer en el usuario, derechos que emergen de su condición humana y deberes propios de personas provistas de libertad, responsabilidad y autonomía.

Pero, además de todo aquello, hoy la búsqueda de la excelencia requiere de la eficiente gestión de los recursos: una gestión productiva, ecuánime o equitativa de ellos. Lograr el justo equilibrio de lo anteriormente señalado es el mayor desafío de la hora presente. No es fácil, pero habrá que lograrlo; requiere de un esfuerzo sistematizado que además de unir la clínica a la gestión, responda a las múltiples demandas tendientes a reorientar el rol de la atención especializada en un modelo más centrado en la salud de las personas que en la enfermedad.

Este desafío de compaginar la autonomía de los profesionales clínicos con una eficaz capacidad de autorregulación para el logro de objetivos en los ámbitos de efectividad sanitaria, eficiencia económica, calidad técnica y satisfacción usuaria, son los aspectos claves en la ética de gestión hospitalaria en el nuevo milenio.

Una de las condiciones básicas que requiere la gestión clínica, es el contar con la información que apoye los procesos de toma de decisión. Esto establece demandas específicas de información en el ámbito de las definiciones técnico-médicas y en el ámbito financiero. Entre las primeras, resulta fundamental la existencia de algún sistema de identificación de las acciones que se ejecutan sobre los usuarios, pues sobre la base de la estandarización de las causas de ingreso y evolución diagnóstica de éstos, también se puede estandarizar el tipo de atención y los consumos de recursos requeridos en cada caso. En ese ámbito, la introducción de los grupos relacionados de diagnóstico -GRD^{xi}- ha sido una gran herramienta para la gestión clínica, al agrupar diagnósticos con similares consumos de recursos y permitir establecer parámetros comparables que permiten valiosos aportes para la toma de decisión.

Desde la perspectiva del ámbito administrativo-financiero, al establecer pautas terapéuticas, es posible identificar los recursos requeridos para desarrollar

^{xi} El diseño y desarrollo de los GRD comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. El motivo inicial por el cual se desarrollaron los GRD era la creación de una estructura adecuada para analizar la producción asistencial médica hospitalaria, luego se constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar la casuística (los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital), con el costo que representan.



dicha atención y por ende, conocer los costos involucrados. Los sistemas de información hospitalaria -HIS- deben estar orientados a apoyar la toma de decisiones de los equipos clínicos y deben traducirse en informes sencillos y comprensibles con datos relevantes para la práctica de los centros de responsabilidad. Últimamente ha sido de gran ayuda la complementariedad de sistemas gerenciales como la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (exWINSIG, ahora PERC) introducida por OPS y los GRD, que al conversar entregan información de gran valor para la buena gestión de los establecimientos.

Al implementar modelos asistenciales integrados, es clave que los sistemas de información operen en red y desde las necesidades del usuario. Es así -por ejemplo- que la confección de la tabla quirúrgica debe nacer de mecanismos de priorización de listas de espera donde los criterios deben haber sido compartidos en red; igualmente la solicitud de hora de atención ambulatoria de especialidades debe sustentarse en sistemas coordinados desde la atención de primer nivel en base a normas de referencia y contra referencia de la red y a criterios de priorización definidos en red.

Al conocer los procesos y establecer los productos con criterios técnico-médicos, también es posible establecer criterios de calidad que puedan medirse, tanto en el proceso como en el resultado (letalidad, evolución clínica, porcentaje de infecciones intra hospitalarias, satisfacción con la atención entre otros). Cabe señalar que toda información implica un costo, el que debe valorarse a la luz del beneficio que dicha información proporciona. Si el costo en el cual se incurre para obtener una determinada información es mayor que el beneficio que produce en el proceso de decisión, deben buscarse alternativas o, simplemente, tomar las decisiones con la mejor información que esté disponible.

Como la organización debe seguir al modelo de atención, la organización hospitalaria debe avanzar a adquirir una estructura matricial, cuyo núcleo sea la organización por procesos. En este modelo, el elemento articulador de los diferentes procesos es la necesidad del usuario individual, expresada en algún tipo de cuidado como parte del proceso o desarrollo progresivo clínico. Para ejemplificarlo, podemos definir uno de estos desarrollos progresivos: *hospitalización aguda indiferenciada*, e identificar al responsable o encargado del proceso: *jefe de cuidados agudos*; en torno a este proceso, el usuario va teniendo distintas necesidades: inter consultas; exámenes, procedimientos o cirugías; traslados internos (cuidados intensivos); egreso y seguimiento post-alta. Estas necesidades deben ir siendo satisfechas mediante la intervención de otros profesionales y equipos que se encuentran insertos en otros procesos y que a su vez, tienen un responsable o encargado de cada uno de éstos. El cambio de paradigma también se expresa en el paso desde una lógica de coexistencia-



competencia a una lógica de complementariedad-cooperación (redes internas) entre unidades clínicas y administrativas, entre plataforma tecnológica y unidades clínicas, entre atención abierta y cerrada, entre lo electivo y la urgencia, entre las unidades con usuarios más graves y las de cuidados más básicos, entre otras.

Cada unidad productiva se relaciona como demandante o cliente con otras unidades; por ejemplo, hospitalización demanda exámenes al laboratorio, horas de cirugía a la unidad de quirófanos, medicamentos a la farmacia; de esto resultará que cada unidad del establecimiento tendrá varios clientes o demandantes, a los cuales deberá responder con eficiencia y eficacia, y solo la racionalidad clínica deberá operar a la hora de organizar o priorizar los servicios. La agregación de valor se produce en cada interface de un proceso asistencial, siendo entonces un elemento estratégico esencial que cada integrante del hospital sienta que “sirve al usuario” en la medida que “sirve” a su unidad demandante. Por ejemplo, si el personal de abastecimiento entrega insumos en tiempo y calidad requeridas a central de esterilización y esta a su vez, entrega los paquetes quirúrgicos en tiempo y forma convenientes a pabellón quirúrgico, y si este hace los arreglos adecuados para optimizar el trabajo de los equipos de cirugía, etc., solo así, el usuario podrá valorar nuestros servicios ya que habremos asegurado una prestación oportuna, técnicamente correcta, satisfactoria para el usuario y prestigiante para los miembros del hospital. Una gestión de esta naturaleza se debe traducir en recursos utilizados oportunamente y en secuencias lógicas y funcionales de uso de éstos. Cada actor pondrá el énfasis en el requerimiento de los usuarios prioritarios para la institución o para las prioridades sanitarias, a diferencia de la defensa actual de “mi *paciente*”, donde el sujeto es el equipo clínico con más poder en la institución.

Al definir los procesos y nominar los responsables de los mismos, es posible hacer más sólida la definición de objetivos, lo que permite a los equipos del hospital evaluar el cumplimiento de dichos objetivos. Esta es, a su vez, la base para poder incorporar hábitos de autorregulación de la calidad en la práctica cotidiana del hospital y de fluidez en la trayectoria de la atención al usuario.

En lógica de procesos integrados, las unidades funcionales o CR de un establecimiento hospitalario, deben ser un conjunto de servicios o unidades ordenadas en lógica de procesos clínicos en torno a las necesidades de los usuarios; cada establecimiento definirá, las unidades funcionales que constituyen su organización interna, según la respectiva cartera de servicios que se haya definido con la red.

El desafío para el establecimiento será organizarse en redes internas, que a la



vez se articulen con la red asistencial externa, asegurando un continuo asistencial. Esta nueva organización implica importantes modificaciones en el campo hospitalario. En el nuevo paradigma, se da relevancia a la acogida de los usuarios en el hospital (puertas de entrada), es decir, el sistema de admisión, las consultas ambulatorias y la unidad de emergencia. Por otra parte, también se pone énfasis en la plataforma tecnológica (conjunto de unidades de apoyo al diagnóstico o tratamiento) por su rol estratégico en la solución que demanda el usuario. Las nuevas modalidades de la atención son la consecuencia directa de esta doble prioridad.

La unidad de emergencia hospitalaria también presenta importantes modificaciones, derivadas de la tendencia a privilegiar, por parte de las redes asistenciales, modelos de atención de urgencia no hospitalarias, en el primer nivel de atención, o a través de sistemas de atención pre-hospitalaria. Estos nuevos dispositivos debieran llevar a la comunidad a privilegiar la atención más cercana a su domicilio y por lo tanto las unidades de emergencia hospitalaria se irán convirtiendo en dispositivos que reciban a las personas con problemas de salud más complejos, principalmente derivados de otros puntos de la red, en especial la atención de primer nivel.

La tendencia, anteriormente ya señalada, a ambulatorizar la atención, influida por los avances tecnológicos y la innovación en los procesos, se acompaña de un movimiento de mayor complejización de la respuesta hospitalaria tradicional asociada a la prestación. En el caso de la demanda de población adulta por las camas del hospital, existirán servicios cuya demanda por este recurso irá disminuyendo, por ejemplo, los servicios quirúrgicos. Es conocido también el impacto de la reducción de las tasas de fecundidad sobre los servicios de neonatología y de pediatría. Obviamente, el mismo fenómeno se observa respecto de las dotaciones de camas de las maternidades, debido al impacto sobre la fecundidad de factores como la disponibilidad de programas de planificación familiar y cambios culturales en las expectativas del tamaño del grupo familiar. Ambulatorizar implica establecer el modelo de hospital de día en cirugía mayor ambulatoria, quimioterapia, diálisis, etc., implica asegurar que la unidad de emergencia no se quede con los usuarios más allá del estándar de tiempo de observación, existiendo la unidad de hospitalización aguda indiferenciada que luego de la observación del equipo de emergencia decida la conducta a seguir con el usuario. Implica identificar a aquellos usuarios hospitalizados que pasaron de la media de estancia para proceder a reubicarlos en dispositivos especializados para larga estadía en la red y con mejores competencias para rehabilitación y reinserción. Finalmente, implica un hospital que esté coordinado con sistemas de hospitalización domiciliaria y de atención socio sanitario inserto en las propias comunidades en que los usuarios residan.



Junto a esta estructuración en torno a lo ambulatorio hay que introducir espacios, competencias y recursos organizacionales para una gestión reflexiva que busca evidencia para la toma de decisiones. Esto se debe traducir en el enfoque del Comité de Farmacia para el diseño y eventuales modificaciones del arsenal terapéutico del hospital; del equipo multidisciplinario que enfrenta los casos complejos y de alto costo; del comité de ética; del equipo que evalúa tecnología, etc. La organización de los procesos de atención, debe tener adecuado apoyo transversal desde las áreas estratégicas del hospital en los ámbitos de calidad y seguridad del paciente y de sistemas de información.

Los servicios clínicos o “*las especialidades*” dejan de ser dueños de camas y/o equipos diagnósticos. Ellos son responsables de gestionar el conocimiento y la innovación, colocándose al servicio de los procesos en distintos puntos de ellos. En este escenario, la visión tradicional de servicios clínicos propietarios de parte de la dotación de camas hospitalarias ya no tiene sentido y, por el contrario, significa un obstáculo que está siendo superado. El manejo flexible de las camas en función de las necesidades del usuario consultante -especialmente sus requerimientos de cuidados- es un imperativo que se impone en un ambiente de gestión que busca adecuarse a las necesidades de las personas. Sin embargo, el desafío no es simple. La atención cerrada hospitalaria corresponde a un área de alta especialización, por lo que la reconversión de recursos humanos y de infraestructura es altamente compleja y solo es posible de abordar de manera gradual mediante políticas sostenidas en el tiempo.

Hay que cuidar de no caer en la tentación de mirar a la mayor demanda por camas producto del envejecimiento de la población de una manera tradicional; para ello habrá que ver cuáles son los ámbitos de manejo agudo que son indispensables de realizar en un contexto hospitalario, y cuáles son los problemas de orden crónico que deberán ser manejados desde el punto de vista de los cuidados ambulatorios, familiares, comunitarios y de dispositivos socio sanitarios.

Todas las modalidades de gestión flexible de las que se ha hablado anteriormente, obligan a que el hospital y sus unidades funcionales tiendan progresivamente a tener una “arquitectura variable”, entendido esto como una progresiva capacidad de adaptación de los espacios a los nuevos requerimientos funcionales.

El centrar la gestión de las instituciones sanitarias en procesos asistenciales continuos e integrados, se enmarca en un enfoque de calidad que pretende facilitar a los equipos clínicos el conocimiento de aquellos aspectos a mejorar y las herramientas para la mejora. Hay que tener en cuenta que la continua mejora de la calidad es un proceso de gestión integral de todas las actividades de una empresa con el objeto de satisfacer con eficiencia las expectativas del



cliente externo (usuario) como interno (el equipo). Para ello, la gestión por procesos (la perfecta concatenación de las decisiones, actividades y tareas, llevadas a cabo por diferentes profesionales en diferentes espacios y en diferente tiempo, en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio) intenta modificar el paradigma tradicional “cómo mejorar las cosas que venimos haciendo”, con el que solemos trabajar, por “cómo hacer correctamente las cosas correctas, para quienes corresponda, en el lugar y momento óptimo, escuchando e involucrando a quienes ejecutan y a quienes reciben los servicios”.

Finalmente, los elementos básicos que caracterizan los procesos son una visión holística y participativa. El foco de atención son las personas destinatarios finales del proceso; requiriendo de la responsabilidad y compromiso de los diferentes profesionales que intervienen. Por este motivo, la gestión de un proceso se basa metodológicamente en la participación y el consenso entre profesionales como método para el diseño. Su objetivo es simplificar las actuaciones eliminando todo aquello que no agrega valor y reducir los tiempos de ejecución de las tareas y procesos, simplificando y facilitando las interfases. La manera de organizarse gira en torno al proceso y no a la línea jerárquica o a los límites y fronteras de un establecimiento, lo que permite entender a la unidad clínica y al hospital como parte de un sistema, cuya razón de ser (la forma de agregar valor) es la satisfacción de las personas usuarias y está en todo momento orientado a la mejora continua, identificando puntos clave en el desarrollo del proceso, evaluando sistemáticamente la adecuación a lo esperado con actitud permanente de cambio hacia la excelencia, lo que permite identificar la no calidad en las actividades del proceso.

2.3.6. La gestión de los cuidados.

La gestión de los cuidados es un aspecto clave de la calidad de la atención de los usuarios. Implica la continuidad de la atención, desde la comunidad hasta su reinserción a ésta. En esta continuidad no solo está la responsabilidad de los profesionales y técnicos de cuidados en aplicar las indicaciones del equipo de salud, particularmente las médicas, vigilar y acompañar al usuario, o de velar porque se le practique una determinada cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con arreglo a ciertos estándares y en cumplimiento de determinadas normas, sino que también, la integración de dichos cuidados asistenciales a otros ámbitos, tales como la satisfacción de necesidades psíquicas y sociales del usuario, la coordinación con los diversos actores que intervienen, la gestión de los recursos involucrados, particularmente de los



recursos humanos (destacando en ello la contribución a definir los perfiles adecuados, las cargas de trabajo, a contribuir a la selección y desarrollo del personal, entre otras materias).

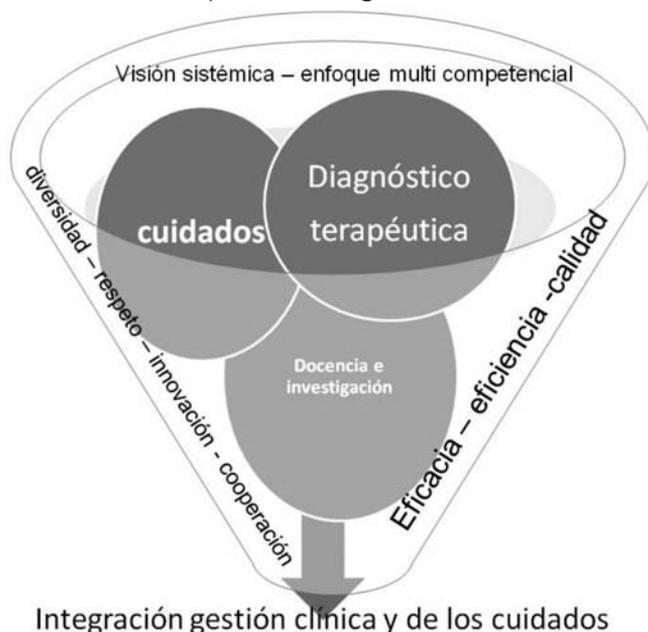
La gestión de los cuidados no debe disociarse de las acciones diagnósticas y terapéuticas (Figura 2.6). Siendo parte tan importante de los procesos productivos, ha tendido a relevarse a través de la creación de departamentos, gerencias o coordinaciones de la “gestión de los cuidados” (generalmente a cargo de enfermería), y en un nivel muy alto de la organización hospitalaria. La constitución de dichas unidades o departamentos debe ser una decisión estratégica con el objeto de facilitar la marcha del establecimiento como un ente integrado y flexible capaz de superar los compartimentos estancos. Al mismo tiempo que facilita la integración, debe también favorecer el funcionamiento de los distintos servicios como CR. Para lo anterior es clave que dichas unidades faciliten la fluidez de los procesos y no se constituyan en “*locus* de la enfermería” como estructuras verticales y jerárquicas replicando la cultura de “feudos”, sino más bien en una entidad técnica de carácter matricial, transversal y estratégica que apoye el trabajo de equipo multiprofesional al interior de cada centro de responsabilidad.

Los cuidados y por tanto la gestión de cuidados -en línea con la estrategia de la red- puede requerir de diversas “intensidades” de recursos puestos a disposición del usuario para la prevención, su diagnóstico, curación y/o rehabilitación. En todos ellos participan profesionales y técnicos. Estos cuidados pueden ser ambulatorios en una consulta externa, un pabellón o un box de procedimiento. En la hospitalización, la gestión de cuidados es intensiva y determinante a la hora de organizar el funcionamiento de la estructura de las unidades de internación, las cuales deben estar organizadas en base a la intensidad y los tipos de cuidados: camas básicas, agudas indiferenciadas, cuidados especiales, cuidados intensivos, etc. La gestión de los cuidados debe diseñarse desde una mirada holística de la persona y desde asegurar un continuo de éstos. Los cuidados se inician en la comunidad, siguen en procesos ambulatorios o cerrados y pueden continuar en una hospitalización domiciliaria o de larga estadía.

Es el equipo de salud el que determina la “intensidad” de cuidados requerida para un usuario concreto, por ejemplo, al indicar una hospitalización, procedimiento o terapia específica. No hay que olvidar que no son las camas las “complejas”; “intermedias” o “básicas”, sino que son personas, usuarios de servicios de atención, que en un determinado momento requerirán de distintos niveles de intensidad de cuidados, y es la organización la que debe girar en torno a la satisfacción eficaz y eficiente de dichas necesidades de soporte.



Figura 2.6. Los elementos para la integración en los cuidados



2.3.7. Gestión de la Atención y la Satisfacción Usuaría

Existe evidencia de que los usuarios de los servicios de salud, sea cual sea su financiamiento, evalúan el valor recibido en la atención desde perspectivas que no son de índole técnico. La comunicación con los equipos clínicos, en especial con el médico, el trato del personal administrativo, la información respecto de lo que está ocurriendo con su salud o la de sus seres queridos, la infraestructura, hotelería y servicios asociados al confort. En las últimas escalas aparecen la tecnología de la salud y los aspectos técnicos de la atención médica.

Esto no significa que las personas no busquen la “mejor” calidad técnica de los servicios médicos, sino que refleja la enorme asimetría de información de los usuarios con respecto a los profesionales de la salud. A pesar del acceso profuso a medios como Internet o programas de televisión, las personas llegan a un nivel donde no les es posible entender a cabalidad la información que allí se entrega, si no es recibida a través del propio equipo de salud.

En resumen, no bastan las más altas normas técnicas, la capacitación de los profesionales o la calidad de la tecnología. Las personas evalúan a su servicio de salud desde las perspectivas más esenciales de lo relacional. Esto implica que el modelo de gestión debe disponer de competencias y recursos para asegurar transversalmente un buen trato al usuario, información veraz y oportuna, procedimientos de voluntad informada, sistemas para escuchar activamente y transformar la opinión del usuario en planes de mejora, y espacios de



participación y control social.

2.4 Gestión y desarrollo de las Personas

La gestión de recursos humanos en salud -RHUS- en el hospital como empresa, es un proceso gerencial de alta complejidad, cuyo contenido supera ampliamente el objetivo del presente capítulo. El recurso humano no es un recurso similar a otros. Solo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definido; en esta medida, el carácter deliberante del recurso humano le permite proyectar su acción en una dirección determinada. En otras palabras, la capacidad de las personas de “optar por”, es una característica que lo diferencia y constituye la identidad (creatividad, libertad y responsabilidad) del sujeto (Granda, 1998). Esta capacidad de optar se fundamenta en la percepción del sujeto, la misma que se construye históricamente a través de complejas conexiones que se establecen en las dimensiones simbólicas de la acción social, es decir, sus decisiones se construyen en forma intersubjetiva y tiene las particularidades del entorno^{xii} en el que se desenvuelve este ser humano.

El trabajo en salud, conlleva una relación directa entre el recurso humano y la población. En esta relación, el conocimiento científico técnico (occidental básicamente y de otros saberes) que posee el profesional o trabajador, debería permitirle actuar como intérprete de las necesidades que en salud plantea la comunidad. Este carácter de “intérprete”, exige al recurso humano una adecuada preparación para desempeñar una compleja intermediación que, de cumplirse adecuadamente, proyecta su presencia protagónica en la formulación de cualquier propuesta de acción y cambio que se busque. Ya no es posible pensar en procesos de cambio en salud, o en formas modernas de gerencia hospitalaria, que no consideren la necesaria participación y acción de sus recursos humanos.

Los procesos de reforma sectorial, en los que se incluyen la modernización organizacional y la incorporación de nuevas formas de gestión, deberán promover el respeto de la identidad del recurso humano, a fin de desarrollar acciones que, en el marco global de cambio, reconozcan la autenticidad irremplazable de las aspiraciones de realización de los diferentes actores y sujetos que están involucrados en esos procesos. Ya en el ámbito específico de la gestión del re-

^{xii} El entorno no se restringe al mundo sistémico regido por la racionalidad medio fin, sino que debe considerar al mundo de la vida que se forja en la acción comunicativa entre sujetos sociales. (GRANDA, 1998)



curso humano, se puede decir que el concepto sobre este recurso ha recorrido desde la administración científica del trabajo (Taylor, Fayol), a la gestión estratégica de recursos (Matus, Rovere) y actualmente a la administración de valores y talentos. En general, podría decirse que al momento existe un acuerdo en que al referirse al recurso humano, se habla de sujetos estratégicos capaces de actuar de manera compleja, que ajustan sus propias metas a las del contexto en que actúan, y que por tanto, lejos de ser objetos de intervención, son sujetos protagónicos de cualquier proceso en el que se encuentren inmersos. Las personas, por tanto, *no son* recursos, sino que *tienen* recursos (conocimientos, capacidad, experiencia). Esta afirmación es la que fundamenta la idea de que quien maneja recursos humanos hoy en día, en realidad administra talentos, competencias y valores; no son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones.

Un hospital debe comprenderse como un conjunto de personas sirviendo a personas¹³; ésta concepción “humanista” de la organización entiende a la institución hospitalaria desde las interacciones de seres humanos entre sí. Los procesos tecnológicos y productivos, deben ser vistos entonces como el resultado de la voluntad, la inteligencia y la emocionalidad de quienes están involucrados en ellos. Un hospital requerirá de personas idóneas, capacitadas, comprometidas, disponibles y estimuladas, para la mejor resolución de las necesidades de sus usuarios. Esto implica que el hospital del futuro debe colocar un énfasis estratégico no tanto en sus procesos productivos, sino más bien, en potenciar en todo su personal, la creatividad, capacidad innovadora y compromiso tanto conceptual como emocional con nuevos estilos de interacción con los usuarios, la comunidad y la red asistencial. Por lo anterior, el hospital está constituido por un conjunto de competencias humanas sobre la utilización de tecnología incorporada, la cual generalmente gira en torno a las actividades sanitarias, o de apoyo a éstas, que se ejecutan sobre personas —procesos de promoción y prevención, procesos diagnósticos, terapéuticos (sean quirúrgicos o médicos) y de rehabilitación— que ocupan como centro a unidades tecnológicas, en torno a las cuales se van constituyendo redes que, como anillos concéntricos, van integrando actividades tanto clínicas como de apoyo. La eficiencia y calidad de estas acciones está principalmente determinada por el conocimiento acumulado, la capacidad de adaptación y la riqueza de interacciones que existen al interior de la organización. El sistema hospitalario es el resultado de la interacción de diversas competencias relacionadas con el uso y la aplicación de conocimiento. Lo que diferencia a un hospital de otro, no está en su equipamiento, sino que en la suma de competencias que su recurso humano tiene para aplicar correctamente los recursos, maximizando sus resultados, en términos de la efectividad social.



El hospital debe tener las capacidades y recursos organizacionales para una gestión moderna del capital humano, colocando el acento en que el personal, además de ser suficiente, tenga las competencias y la motivación requeridas. Dentro de las competencias es clave la capacidad de aprender y de cooperar. Para que se den las condiciones para el compromiso y la innovación es clave un contexto donde las relaciones laborales y sociales se den en un marco desafiante, estimulante y nutricional de respeto, afecto y compañerismo, condiciones que permitan entregar lo mejor de las personas en beneficio de los usuarios.

Para lo anterior es importante contar con las competencias para desarrollar liderazgos efectivos: capacitación permanente, adecuados sistemas de reclutamiento, desarrollo y alejamiento de las personas. Lo último implica capacidad organizacional para instalar un modelo de gestión descentralizado del talento, basado en valores, que instalen las competencias requeridas por la organización, capacidad de innovar y un clima laboral propicio para el desarrollo integral de las personas. También implica un modelo de soporte a las personas que desarrollan los procesos fundamentales de la organización. Esto implica *pool* de secretarías, sistemas de estafetas y camilleros, soporte en recursos humanos -RRHH- y finanzas descentralizados por CR; soporte de oficial administrativo de mantenimiento y abastecimiento en los bloques, etc., de forma que se logre una lógica de servicio al cliente interno eficaz, sea esto con personal interno o en modalidades de *outsourcing*.

Un modelo integrado requiere una gestión de las personas por competencias. Podríamos definir las competencias como “aquellos conocimientos, habilidades y capacidades humanas observables y medibles en la práctica, necesarias para conseguir un desempeño excelente en un contexto de integración”. Por tanto, gestión por competencias es la gestión de las capacidades de los profesionales y técnicos con el objeto de asegurar un desempeño de excelencia en el sentido de las necesidades de la red. Lo anterior implica tener claro los objetivos sanitarios de la red y definidas las competencias requeridas para darles cumplimiento, para a base de ello alinear los procesos de selección, formación continua y los mecanismos de recompensa e incentivos.

Los hospitales en RISS, requieren políticas explícitas para gestionar al conjunto de establecimientos en función del desarrollo de capacidades nacionales y locales para la formación y el trabajo en salud, alineado con una mirada de RISS. El hospital como institución emblemática de la salud, constituye para el recurso humano de la salud, escenario de aprendizaje, plaza de trabajo, espacio de ejercicio profesional y lugar donde ofrece un servicio tangible para la población. Desde esta perspectiva, la gestión del recurso humano en salud en el hospital no solo se expresa en la operación institucional, sino que tiene



implicaciones claves en los procesos de educación y trabajo en salud, objeto de la política pública para el desarrollo del recurso humano en salud y elemento clave en el ejercicio de la rectoría de la autoridad sanitaria en esta materia.

2.4.1. El hospital en la Formación de Recursos Humanos en Salud

La formación en salud, centrada en el aspecto curativo, con alta tendencia a la súper especialización, 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. La cultura de la atención de emergencia, los cuidados intensivos, la tecnología de punta, en la población, en los alumnos y en los docentes, determina que muchas veces se privilegien los contenidos especializados, objeto de intervención de los grandes centros hospitalarios, al conocimiento de las necesidades sanitarias de la población, su epidemiología y situación cultural y social. El entorno de formación en este sentido tiene el riesgo de modelar profesionales, cuyo objeto de trabajo se reduce al manejo experto de la enfermedad individual, con poco interés y compromiso con las determinantes sociales de los problemas de salud y con escasa o nula conexión con la necesidad de responder a la diversidad que hoy en día requiere la interrelación con la población.

Desde la perspectiva de la formación, la diversificación de los espacios de aprendizaje en salud, que hoy se concentran en los hospitales, es clave para mejorar la comprensión de la realidad sanitaria del estudiante, futuro profesional y técnico de la salud. En este sentido es muy oportuna la propuesta de RISS que requiere colocar como escenario de formación a los distintos niveles de complejidad de la red para buscar una formación “contextualizada” a la realidad sanitaria y a la estructura de los sistemas de salud en nuestros países. Aquí proponemos utilizar un esquema esclarecedor propuesto por Francisco Campos¹⁴, Secretario de Gestión del Trabajo y Educación del Ministerio de Salud del Brasil (2008), que permite identificar los ejes que se utilizarían para impulsar cambios en los actuales procesos de formación y cuál sería la situación deseable a la cual deben apuntar los incentivos desde la política de salud (Figura 2.7).

Consideramos tres ejes determinantes de la formación en salud a) el objeto de aprendizaje, b) la *aproximación pedagógica* para aprender y c) el escenario



del aprendizaje. La salud como eje del objeto de aprendizaje es la situación deseable. Un cambio en la formación del personal de salud, una movilización de la educación exclusivamente hospitalaria y curativa, requiere un pensar a la red en su conjunto, como un espacio amplio de aprendizaje y adquisición de saberes, competencias y habilidades complementarias, que facultan al profesional de la salud a comprender la complejidad de la salud y de la enfermedad, a identificar la realidad como ámbito de acción y a aprender a crear conocimiento a partir de la propia práctica y no sólo a procesar el conocimiento académico validado.

Figura 2.7. Formación de RHUS

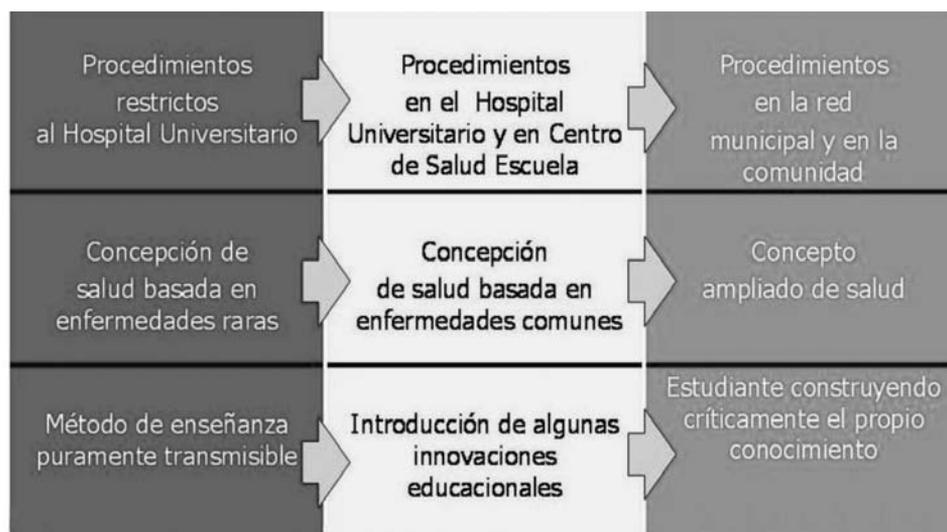


Fuente: CAMPOS, Francisco. Secretario de Gestión del Trabajo y Educación del Ministerio de Salud del Brasil (2008).

El siguiente esquema¹⁵ (Figura 2.8), *operacionaliza* la trayectoria desde la situación actual y grafica los cambios que pudiéramos buscar, está basado en la experiencia brasilera del Programa Nacional de Reorientación de la Formación Profesional en Salud -PRO SALUD- elaborado y normalizado por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud con el objetivo de integrar la escuela al servicio público para atender necesidades concretas de la población en la formación de RRHH, producción de conocimiento y prestación de servicios de salud. En síntesis, el proceso al que llamamos desde esta dimensión del hospital como escenario de aprendizaje, es a la red como unidad de planificación de la formación.



Figura 2.8: Ejes de cambio para la formación de RHUS en redes integradas



Fuente: Selles Perin C., Secretaría de gestión del Trabajo y la Educación Ministerio de Salud del Brasil. Presentación II Congreso Educación Médica. Trujillo Perú 2008

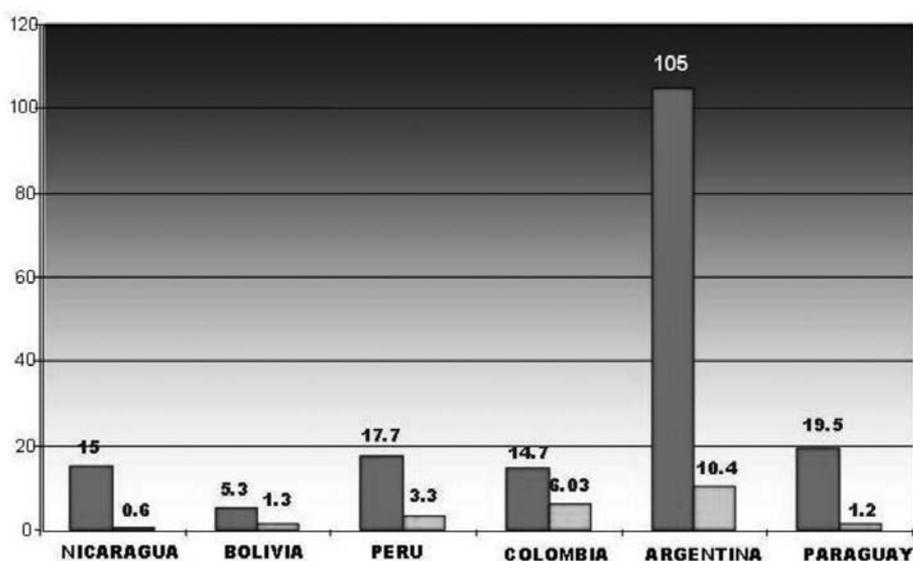
2.4.2. El Hospital y el Trabajo en Salud

La concentración de hospitales de referencia nacional, especializados y del nivel más alto de complejidad, en zonas urbanas (Figura 2.9), en sistemas de salud mayoritariamente fragmentados y segmentados, con varios proveedores de salud, determina la concentración de la oferta de empleo y la distribución clásicamente urbana y hospitalaria de la fuerza de trabajo sanitaria en desmedro de las áreas rurales y de difícil acceso¹⁶, en casi todos los países de la Región de las Américas.

A la par de la concentración de la oferta de empleo especializado en zonas urbanas y en centros hospitalarios y la gran dificultad para reclutar y más aún, fijar personal especializado en zonas rurales y de difícil acceso, las tendencias del empleo en salud, la dinámica demográfica (envejecimiento de la población, reconocimiento de las diversidades étnicas, de minorías, grupos desprotegidos, género, cultura), y la oferta y selección de la especialidad de los estudiantes de medicina, son algunas de las variables en franca contradicción, que no se utilizan para la planificación y gestión sanitaria y que no se comunican con las necesidades de la sociedad.



Figura 2.9: Distribución urbano rural de médicos en América Latina



Fuente: OPS/OMS. Silvina Malvares. Prioridades RHUS en las Américas, 2007

Es necesario entonces, reconocer el rol de la red de instituciones sanitarias, entre ellas al hospital, como fuente de empleo en salud y por tanto, como recurso de política pública para el desarrollo de nuestros países e implementar una gestión sanitaria que piense en la composición del mercado de trabajo, la oferta de empleo y la organización de la red de servicios, con una mirada de planificación de las necesidades territoriales de salud sea en los planos nacionales o regionales, exige a su vez, desde las propias instituciones hospitalarias, análisis junto a sus redes, del comportamiento del mercado, de su oferta de empleo actual y proyectada y de la relación con el territorio, la demografía y, sobre todo, las necesidades de la población.

A partir de las consideraciones hechas, nos parece que el desafío colocado es implementar una gestión que conciba la RISS simultáneamente como espacio de formación y práctica para la fuerza de trabajo en salud, con la diversidad de categorías profesionales y técnicas implicadas, así como de provisión integral e integrada de servicios de salud. Este desafío incluye establecer niveles de coordinación intersectoriales (salud, educación, trabajo, ciencia y tecnología y finanzas) basados en una visión nacional de la salud, fuerte liderazgo de la autoridad sanitaria, capacidades gerenciales de la red institucional de salud y estrecha coordinación entre entidades formadoras y sistema de salud.



Tabla 2.3. Enfoque de gestión RHUS tradicional y del futuro

Parámetros	Administración tradicional	Gestión para RISS
Ambiente en el que mejor funciona.	Rutina, cultura de estancos.	Necesidad de innovación. Cultura de cooperación e interdependencia, visión sistémica.
Tipo de usuario	Pacientes sumisos.	Ciudadano “informado” con derecho explícito a participar, a manifestar preferencias y a ejercer control social. Usuario en un contexto social e integral.
Gestión general.	Burocrática, sin orientación a clientes.	Centrada en personas y procesos, orientada a la excelencia y competitividad. Gestión en redes de colaboración.
Tipo de liderazgo organizacional, toma de decisiones.	Autoritario, jerarquizado con centralización del poder, comunicación unidireccional.	Democrática y conductora de transformaciones, descentralización del poder, gestión participativa de las decisiones, comunicación multidireccional.
Estructura.	Piramidal, vertical, departamentos estancos.	Aplanada y basada en redes funcionales.
Organización.	Funcional, sin consideración de procesos.	Por procesos de valor agregado para clientes externos e internos.
Administración.	Rígida, orientada a la legalidad.	Flexible, orientada a resultados.
Jefaturas de Servicios.	Selección según criterio técnico-científico médico gerencial.	Selección según criterio de gestión por productos y capacidad gerencial.
Política de calidad.	Débil, en función de cumplimiento de procedimientos.	Mejoramiento continuo de calidad.
Reglamentación Técnica.	Amplia variabilidad, según criterios médicos individuales (Prescripción libre).	Gestión clínica, protocolización para asegurar calidad y eficiencia. (prescripción controlada sobre la base de prácticas exitosas – evidencias).
Administración de recursos humanos.	Centralizada, normativa, rígida, de orden y control, fragmentada, de régimen laboral cerrado, función administrativa aislada.	Descentralizada, estratégica, participativa, de calidad y productividad, flexible, de régimen laboral abierto, función de la alta dirección.



Política salarial.	Según categorías y niveles.	Incentivos según producción y resultados.
Presupuestación.	Repartición fija de recursos, histórica.	Repartición variable de recursos, presupuestación prospectiva, basada en costos, producción y demanda de la red.
Contabilidad.	De registro, sin criterio de costos.	De costos, ligada a presupuestos.
Política de adquisiciones.	Centralizada, sobre la base de concursos.	Descentralizada, por unidades de gestión.
Rendición de cuentas.	Inexistente.	Auditorías de procedimientos clínico – quirúrgicos, información abierta a la comunidad ligada a la evaluación.
Información.	Como ejercicio formal.	Como recurso para toma de decisiones y garantía de transparencia.
Participación social en gestión.	Débil.	Órganos participativos de gobierno hospitalario.
Aspectos que se perciben como valores.	Disciplina, conformismo, lealtad, cumplimiento de la norma, respeto a la autoridad, antigüedad.	Cambio, desarrollo, aprendizaje, creatividad, confianza, comunicación.

Fuente: El hospital reinventado. Consultoría i Gestión, S.A. Barcelona, Mayo 1998. Artaza O., Chile 2000. Elaboración: FESALUD 2000 (Dra. Mónica Padilla, Dr. Fernando Sacoto, Dr. Alfredo Campaña)

La pregunta fundamental es cómo se modifica esta gestión “tradicional” visto el hospital como institución aislada, buscando una operación en red. Es importante anotar al menos tres elementos centrales que la gestión de RHUS debe garantizar: la suficiencia, la competencia y la adhesión al trabajo del personal de salud, en el contexto de los sistemas sanitarios de los países.

La **suficiencia** se refiere al reclutamiento, selección y retención del recurso humano necesario en términos de cantidad y calidad, mediante el uso de una gama de formas de contratación para conseguir una combinación de competencias (técnicas y profesionales) suficientes para garantizar la oferta cotidiana de servicios. Aquí los temas de flexibilidad en la contratación, tercerización, rotaciones académicas, plazas de formación académica o asistencial, junto con la compensación donde se incluye salario, incentivos, movilidad del personal, constituyen algunos de los temas a resolver y que están directamente relacionados al modelo de atención y de financiamiento en el que el hospital, y hoy más



allá, en la red en la que esté inmerso. Aquí se precisa una reflexión particular sobre las dificultades de reclutamiento y selección de personal de salud en ciudades de menor desarrollo y en zonas de difícil acceso, y se le considere como uno de los mayores desafíos y motivo de política nacional en nuestros países.

La **competencia** del conjunto de la fuerza de trabajo, en este caso de la institución hospital, se refiere a la capacidad de resolver en forma eficiente y con calidad, las funciones necesarias para responder a las demandas de la población con las implicaciones de su diversidad étnica, cultural y social en un contexto específico y como parte de la red, a las demandas del conjunto de servicios de complejidad distinta que se supone deben funcionar como un todo coordinado. Esta “competencia” se basa no solo en la capacidad de resolución de los aspectos técnicos del conjunto de los recursos humanos, sino también en el conjunto de mecanismos de la red para garantizar un fluido movimiento de los ciudadanos que circulan por ella en búsqueda de resolver sus necesidades de salud.

En este aspecto, la organización de los procesos de trabajo, el establecimiento de procedimientos técnico administrativos óptimos, son parte de la garantía de la competencia, protocolos de atención, medicina basada en evidencias, procesos de mejoramiento de calidad, de educación permanente para la resolución de problemas, entre otros, son recursos de gestión que deben ser utilizados coordinadamente por las instituciones. Un gran desafío es pensar en esta dimensión de la red.

La **adhesión al trabajo**: esta dimensión daría para iniciar un capítulo completo, ubicándonos en la gestión de capacidades humanas y recordando que el RHUS, si bien constituye el factor productivo de mayor concurrencia en la provisión de servicios de salud, con un 70% de presupuesto global en instituciones hospitalarias, constituye también un factor estructural del quehacer en salud, por su carácter de sujeto pensante y activo que organiza las prácticas, establece relaciones, define valores y organiza y desarrolla el proceso de trabajo. Los procesos de reforma nos han demostrado el carácter crítico del factor humano: los temas de compromiso, calidez, liderazgo, creatividad, son condiciones indispensables para construir e implementar proyectos y soluciones para enfrentar la realidad cambiante. Quizá sea este el mayor desafío para establecer esta noción de red en nuestros sistemas de salud; la inclusión, el debate y el acercamiento crítico a la realidad son exigencias básicas para que podamos dialogar y construir colectivamente esta propuesta.

En un contexto de RISS, la gestión del RHUS para un hospital en red deberá:

- Ampliar su horizonte desde una planificación nacional (ob-



jetivos sanitarios país), territorial y definición de política institucional, incorporando al conjunto de los niveles de atención que se hacen parte de la red como espacios de formación, entrenamiento, empleo, trabajo y servicio a la población, en coordinación con centros formadores, de forma garantizar número y competencias esperadas para el nuevo modelo de hospital en red.

- Sistema de incentivos y de carrera sanitaria que garantice profesionales y técnicos competentes en el hospital y en los distintos puntos de la red.
- Determinar los requerimientos de RHUS (*staffing*) del conjunto de la fuerza de trabajo en todos los niveles de la red alineados al sistema de salud, las garantías que ofrezca y las formas de movilidad establecidas entre niveles para la población.
- Gestionar el desempeño del personal en el espacio hospitalario, utilizando la combinación de contratos, remuneraciones e incentivos necesarios para equilibrar la composición y distribución de la fuerza de trabajo en la red.
- Establecer un marco de gestión de las relaciones laborales en el hospital, que se alimente de los requerimientos de operación de la red como un conjunto integrado que interactúe con las condiciones de trabajo (ubicación, cercanía al sitio de vivienda, movilidad dentro de la red).
- Garantizar los mecanismos y procesos necesarios de educación y desarrollo del RHUS, para generar una apropiación al trabajo, un ajuste y mejoramiento permanente de competencias técnicas y profesionales y una creciente capacidad de resolución de problemas cotidianos de la operación de la red (sistemas de educación permanente en salud).
- Insistir en el establecimiento de sistemas de información de la red como un todo como instrumento base de la planificación y la gestión.



Tabla 2.4. Gestión de las personas

	Gestión Normativa	Gestión Estratégica de Valores En Riss
Concepción.	Fuerza de trabajo, no protagonista.	Factor estratégico.
Políticas.	Predeterminadas externamente.	Diseñada para el hospital en RISS.
Planeación estratégica.	Inexistente.	Guía de la red para el trabajo institucional (Plan de empresa en red).
Manejo financiero del recurso humano.	Administración del rol de pagos.	Planificada y financiada (incluyendo presupuesto para incentivos, entrenamiento en servicio y desarrollo).
Selección.	Criterios generales y acceso <i>clientelar</i> .	De acuerdo a perfiles profesionales acordes a la demanda de la red.
Condiciones de trabajo.	Salarios poco competitivos y muy heterogéneos. Heterogeneidad de regímenes laborales. Conflictividad laboral larvada o manifiesta.	Retribuciones mixtas con fracciones fijas y variables asociadas a resultados, régimen laboral abierto con personal de planta y modalidades flexibles de acuerdo a la dinámica institucional, garantía de derechos laborales básicos negociados.
Motivación e incentivos.	Baja, incentivos negativos (menor esfuerzo, evasión del trabajo, ausentismo etc.).	Parte de la política de retribución, que impulsa la autorregulación y la responsabilización profesional.
Evaluación del desempeño.	Bajo nivel de desempeño del personal e insuficiencia de criterios de evaluación sin relación con políticas de retribución.	De acuerdo a resultados y competencias requeridas por la red para la contratación. Ámbitos individual y colectivo.
Educación.	Asistemática, sin relación directa con necesidades estratégicas del hospital.	Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades educativas individuales ajustadas a los procesos integrados de trabajo.
Sistema de información.	Muy poco desarrollado.	Diseñado para el hospital en red como criterio fundamental para la toma de decisiones.
Quien administra el recurso humano.	Unidades de personal, aplicando la legislación vigente con baja participación en las decisiones institucionales.	Alta gerencia institucional con mirada de red.

Fuente: OPS/OMS 1996/FESALUD 2000 / Artaza O. 2000. Elaboración: FESALUD 2000 (Dra. Mónica Padilla, Dr. Fernando Sacoto, Dr. Alfredo Campaña)



- Cada atributo propuesto para la restructuración de RISS exige la definición de referentes claves del sistema para la gestión del RHUS e implica decisiones y competencias gerenciales específicas. En la tabla 2.5 se señala una primera aproximación sobre las decisiones que se toman para gestionar la fuerza de trabajo en la red en general y en el hospital en particular. Este ejercicio requiere un afinamiento y una recopilación de las opciones de política y de gestión que los países están implementando y que constituirán un área de intercambio y aprendizaje a ser sistematizado en corto plazo.

Quisiéramos destacar aquí, la importancia de la carrera sanitaria para la gestión del RHUS en salud, entendida como un proceso de consenso político que puede integrar a los actores sociales de la salud y proveer un instrumento legal y técnico de alto impacto para el mejoramiento de nuestros sistemas de salud en la región. Actualmente, muchos países -tal como en el caso chileno^{18'xiii}- se encuentran desarrollando propuestas de esta naturaleza puesto que son una vía necesaria para mejorar la capacidad de respuesta social a la salud. La carrera sanitaria debe integrar la gestión del trabajo y la formación en salud, responder flexiblemente a las necesidades de los usuarios junto a las necesidades de protección laboral y desarrollo profesional, al establecer en la práctica las decisiones de política que organizan una trayectoria para el personal de salud alineadas con los objetivos sanitarios y expectativas de la ciudadanía, en el espacio del sistema público.

Comentarios

Lo señalado en este capítulo requerirá sin duda de un nuevo tipo de hospital, donde los requerimientos de la red deben modelar estrategia, estructura, cultura y hasta una nueva arquitectura. Los espacios nos revelan, así como los juicios explican a las personas y sus conductas, cómo disponemos, damos importancia o dónde están puestos nuestros enfoques. Sin plantas libres y flexibles no puede haber organización de las camas en atención progresiva o sobre la base de nivel de cuidados; sin oficinas compartidas entre médicos y enfermeras, no habrá continuidad entre gestión clínica y cuidados. Si no están los espacios valorados por los especialistas (auditorios, salas de reunión de investigación y docencia, biblioteca, salas de descanso y convivencia, etc.) en las áreas ambulatorias, seguiremos centrados en la “cama” como eje que constituye realidad. Si no tenemos actividades periódicas de intercambio de experiencias entre distintos

^{xiii} Puede verse en el enlace <http://www.observarh.org/andino/eventos/ivencuentro/dia2/chile.pdf>



dispositivos de la red o para formalmente escuchar al usuario, o para revisar nuestros procesos en red, significa que no hemos salido del discurso. Esto mismo vale para espacios, sistemas y arreglos que faciliten conversaciones efectivas entre los equipos del hospital y los distintos puntos de la red.

Un hospital en la lógica de Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- implica un nuevo modelo asistencial que se debe traducir en cambios -no fáciles- en la manera como pensamos, actuamos y convivimos. Requiere de un modelo de organización y gestión diferente al de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos con el objeto de lograr mancomunadamente ciertas metas e impactos en una población determinada. La organización y gestión de un hospital en lógica de RISS, requiere de ciertas declaraciones básicas orientadas a la co-construcción de una identidad, misión y visión que va más allá de los muros del hospital y que aspira a agregar valor a la ciudadanía usuaria a través de integrar procesos; requiere de una estructura organizacional diferente basada en los procesos y los resultados, entendiendo que los procesos no comienzan ni terminan en el hospital y que los resultados requieren de concertar voluntades entre distintos actores. Finalmente requiere de instalar en la práctica cotidiana valores y hábitos que, reconociendo la necesidad de interdepender, consoliden una cultura del aprendizaje y la cooperación para que los procesos en red sean fluidos y de calidad.

El modelo de gestión de un hospital en RISS debe generar un pensamiento estratégico en red, desde donde se desprenda la estructura del establecimiento y desde allí se faciliten sus prácticas asistenciales integradas. En todo ello son esenciales los procesos de negociación y concertación de abajo arriba para convenir formalmente metas y recursos, sistemas de información y retroalimentación, y mecanismos de retroalimentación y aprendizaje.

El logro de RISS exige un alto nivel de alineamiento y diálogo entre los distintos niveles de gobierno en salud (central, descentralizado, de la red y al interior de la red). Como se menciona en este capítulo, el establecimiento de una carrera sanitaria alineada con las necesidades de la población en sintonía dinámica con los requerimientos de la red es esencial. Ello obligará a cambios legales, a coordinación efectiva y con alta capacidad de adaptación entre las instancias formadoras de recursos humanos y los proveedores de servicios de salud para la formación de profesionales y técnicos en el número y las competencias requeridas, siendo también determinante el lugar donde dicha formación se realice, así como los programas de entrenamiento continuo de la fuerza de trabajo en los sistemas de salud.

Por otra parte, para consolidar las propuestas desarrolladas en el presente capítulo, será determinante la voluntad de los sistemas nacionales de salud del



Tabla 2.5. Atributos de las RISS e implicaciones para la fuerza de trabajo

	Atributos RISS¹⁷ (OPS 2010)	Decisiones para las fuerzas de trabajo	En el hospital
Modelo asistencial.	Territorio y población asignadas.	Estructura de equipos de salud por nivel (cobertura).	Referente para la planificación y dotación de RHUS Organización del trabajo .
	Red de cuidados y servicios establecida. Primer nivel de atención calificado. Servicios especializados.	Niveles de atención y espacios de formación y práctica calificados.	Marco de gestión de la educación y el trabajo.
	Coordinación asistencial.	Movilidad de la fuerza de trabajo a través del sistema de salud.	Carrera sanitaria.
	Atención con orientación familiar.	Orientación de la formación profesional y técnica	Cambio en el enfoque de la atención hospitalaria.
Gobernanza y estrategia.	Sistema único para toda la red. Participación social. Acción intersectorial por determinantes hacia la equidad.	Trazadores para la movilidad de la fuerza de trabajo.	Posibilidades de movilidad inter institucional.
Organización y gestión.	Gestión integrada clínica, logística, administrativa. Recursos humanos suficientes, competentes y valorados por la red. Sistema de información integrado. Gestión basada en resultados.	Sistema de gestión de RHUS integrado a la alta gerencia. Profesionalización de la función de gestión de recursos humanos. Fortalecer la coordinación interinstitucional en los temas de educación, y trabajo.	Planes de trabajo hospitalarios asociados a los impactos de las zonas geográficas asignadas.
Asignación e incentivos.	Financiamiento suficiente con incentivos y asociado a resultados de la red.	Planificación de la fuerza de trabajo en salud.	Estudio, análisis y proyección de empleo tendencias y necesidades de la población.

Fuente: OPS/OMS Redes Integradas de Servicios de Salud. 2010.



continente y de los actores locales en avanzar a una integración de las redes de servicios más allá de las estructuras e ideologías de dichos sistemas. Así mismo, será fundamental un “nuevo trato” entre los hospitales y el primer nivel de atención, cuyo centro sea el perseguir metas comunes para ambos niveles que impacten en el desempeño final de las redes de servicios de salud.



Referencias

- 1 Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud de Chile. 2005.
- 2 Modelo de Gestión Hospitalaria. Ministerio de Salud de Chile. 2006.
- 3 O. Artaza “El hospital Como Comunidad Humana de Aprendizaje”. Ed. IGD. Santiago Chile. 2010.
- 4 Arístegui, R., Bazán D., Leiva J., López R., Muñoz D., Ruz J. “Hacia una pedagogía de la convivencia”. Revista Psykhé 14, 1 (137-150). 2005.
- 5 Leiva, J. (2008) Fundamentación y diseño de un modelo de intervención socioeducativa desde una perspectiva constructivista para su aplicación en organizaciones productivas. Estudio de su aplicación y observación de su impacto en una empresa. Tesis para optar al grado de Ph.D. en Psicología, Universidad Ramón Llul. Barcelona.
- 6 Mario Rovere, Planificación estratégica de recursos humanos, pág. 71, OPS 1993, Serie Desarrollo de Recursos Humanos n° 96.
- 7 Delfi Cosialls i Pueyo. Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales, Ediciones Harcourt, Madrid, 2000, pág. 75.
- 8 Terol, E.; Hamby, E. F. y Minue, S. Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam [online]. 2001, vol.11, n.2, pp. 7-20.
- 9 Ibern Regás Pere. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, Director Vicente Ortún Rubio. Barcelona, Masson, 2006.
- 10 Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales Delfi Cosialls i Pueyo., Ediciones Harcourt, Madrid, 2000, pág. 75
- 11 Temes JL, Parra B. Gestión clínica. Ed. Mc Graw Hill. 2000.
- 12 Temes JL. La gestión clínica. Capítulo del libro Gestión Sanitaria. 4ª Edición. Ed. Mc Graw Hill. 2007.
- 13 Artaza, O. citado en OPS/OMS La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Capítulo 9 pp. 225. WDC. 2001.
- 14 Campos, Francisco. Secretario de Gestión del Trabajo y Educación del Ministerio de Salud del Brasil (2008).
- 15 Selles Perin, Carla. Secretaria de Gestión del Trabajo y la Educación Ministerio de salud del Brasil. Presentación en el II Congreso Educación Médica Peruano Trujillo, Perú 2008.
- 16 OPS/OMS: Malvarez, Silvina. Presentación prioridades de salud de las Américas 2007.
- 17 OPS/OMS Redes Integradas de Servicios de Salud 2010
- 18 Sepúlveda, Hernán. Ministerio de Salud de Chile. Director de Gestión de las Personas IV Encuentro Andino de Desarrollo de RHUS Lima Perú 2008. <http://www.observerh.org/andino/eventos/ivencuentro/dia2/chile.pdf>,



Capítulo 3

ÁMBITOS ESENCIALES PARA LA ARTICULACIÓN HOSPITALARIA EN RED

Introducción

En el capítulo anterior se señaló el modelo de atención y gestión que se requiere para que los hospitales puedan funcionar en redes integradas. En las páginas siguientes trataremos aspectos instrumentales esenciales para adaptar y modular a los hospitales hacia formas cooperativas e interdependientes de trabajo asistencial. Tales herramientas son el **tipo de gobierno, las tecnologías y los mecanismos de asignación e incentivos**.

En gobernanza se plantea que los hospitales públicos presentan actualmente un problema de agencia debido a la falta de un adecuado arreglo institucional de gobierno, a su vez que las redes suelen carecer de competencias de dirección, que permitan alinear estratégicamente a diversos actores públicos y privados hacia servicios integrados que permitan mejorar e incrementar los niveles de gestión, agregar valor al ciudadano y mejorar el impacto sanitario. Junto a ello se abordarán los aspectos esenciales que aseguren un gobierno eficaz.

Con respecto a las tecnologías médicas, se revisan algunos factores que contribuyen a explicar los procesos de selección, adopción, difusión y uso de éstas y se proponen principios que debieran regir estos procesos en un modelo de servicios de salud integrados en red. Para ello se conjugarán tres perspectivas: i) la general (su regulación, selección, adopción, difusión y uso, bajo un prisma de integración de servicios y de continuidad de la atención); ii) la del primer nivel de atención y atención especializada; y iii) la de cuatro tipos de tecnología (pruebas diagnósticas, medicamentos, tecnologías de información y comunicación (Tics), como también son tecnología: los programas, protocolos y guías).

En asignación e incentivos, se comienza reconociendo que aunque los hospitales atienden a un pequeño segmento de la población, consumen el grueso

de los recursos de los sistemas sanitarios convirtiéndose, en la práctica, en un serio obstáculo para un enfoque centrado en la atención primaria, en la medida que no se asegura un énfasis presupuestario en acciones del primer nivel de atención. Es por ello que se fundamentan nuevos mecanismos de financiamiento que, junto con dar sostenibilidad a los hospitales, efectivamente colaboren a formar sistemas integrados.

1. Gobernanza y Estrategia

El nuevo paradigma del hospital, como un elemento más de la red, confiere a la gobernanza de su organización una nueva dimensión. Del mismo modo que la atención de primer nivel, la gobernanza ha de ser de la red, independientemente de la propiedad de los diversos actores que participan en ésta. Por ello la gobernabilidad corporativa es importante desde la creación de las redes.

Atendiendo a los principios básicos de gobernanza y gobernabilidad, y su singularidad en las entidades de función pública, entendemos por gobernanza el arte o manera de gobernar, que se propone como objetivo el logro de un desarrollo institucional duradero. La definición operacional es la gobernabilidad, que es la capacidad de un sistema organizativo de gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios.

1. 1 Gobierno Corporativo como herramienta de alineamiento del hospital

El problema de agencia se produce por discrepancias entre los intereses que persiguen los administradores (“*agente*”) y los pretendidos por los inversionistas (“*el principal*”, sea privado o público en el caso de hospitales y/o redes financiadas por el Estado o por la seguridad social). En el mundo privado, el interés del inversionista es generar valor económico (utilidades) de largo plazo; en el caso público, el interés del Estado y/o de los arreglos de seguridad social (representado por el Gobierno elegido democráticamente) es la generación de valor público¹.

El concepto de Gobierno Corporativo (GC) surge como consecuencia de las necesidades de información de los mandantes que exigen conocer el estado de sus inversiones, lo que hoy se conoce como “*accountability*”ⁱ. El foco por

ⁱ “*Accountability*”: Anglicismo que da a conocer el significado de responsabilidad por la gestión que se lleva a cabo.



mejorar el GC ha evolucionado desde el área financiera a un concepto que incluye todos los aspectos relativos a organizaciones de diversa índole y que, en síntesis, permiten alinear los resultados con los intereses del *principal*, responsabilizar dando cuenta de los resultados y logros alcanzados, en un ambiente de transparencia en el marco de los principios y valores que el *principal* define.

Podemos entonces entender como GC el sistema mediante el cual las empresas u organizaciones son dirigidas y controladas para contribuir a la efectividad y rendimiento de la organización. Sus objetivos principales son: definir la estrategia, permitir el conocimiento de cómo los directivos gestionan los recursos, velar por la transparencia, proveer de instrumentos de resolución de conflictos de interés entre los distintos grupos que conforman el gobierno y buscar el logro de equilibrios al interior del sistema². Como hablamos de “sistema”, no solo abarca quién o dónde se toman las decisiones, sino que las formas o las prácticas adoptadas en el proceso decisional y los fines que estas tienen.

Cualquier organización (y en especial un hospital de función públicaⁱⁱ) debería estar preparada para dar una respuesta acertada a las siguientes preguntas: ¿Quién es el dueño del hospital?; ¿Quién define la estrategia de la organización?; ¿Ante quién reporta el director del hospital? Uno de los problemas tradicionales que se producen en el ámbito de la gestión pública, es la falta de identificación del “dueño” del “negocio” (quién es el mandante último y cómo es representado). Esto trae una cadena de problemas: (i) Una importante disociación entre la propiedad y la administración. La administración controla íntegramente el proceso de toma de decisiones, ya que el “principal” se diluye en una cadena de diversas autoridades. Se puede afirmar que un hospital de función pública suele no tener “un principal claramente identificable” (directores zonales o territoriales; directivos regionales; directivos de los Ministerios de Salud), lo que suele generar mandatos estratégicos poco claros (¿quién realiza las definiciones estratégicas en un hospital?, ¿son los directivos del hospital los “principales” que deben establecer este mandato?) y rendiciones de cuenta prácticamente inexistentes (¿ante quién se da cuenta periódicamente?). En este sentido, el problema “ancla” es que no se encuentra claramente establecido quién representa al dueño del hospital (Estado-ciudadanos-derecho habientes), y por tanto “el dueño” no tiene mecanismos claros para establecer las instancias (persona o conjunto de personas) que representen sus intereses en materia de definición de estrategias y supervisión de la administración; (ii) Contradicción en la determinación de los objetivos, ya que éstos son con frecuencia el resultado de decisiones políticas coyunturales,

ⁱⁱ Entendemos como hospitales de función pública a aquellos que siendo de propiedad estatal, de seguridad social, municipal y/o privados reciben financiamiento de carácter público para cumplir objetivos sanitarios de carácter público



sin que exista una clara responsabilidad en este tipo de decisiones (dilución de la cadena de principales). Como es sabido, los objetivos políticos, sociales, económicos y comerciales deben de sopesarse y compensarse cuando están en conflicto; (iii) Los hospitales están sujetos a “múltiples” procesos de definición de sus objetivos estratégicos, participando en éstos al menos el Ministerio de Salud, entidades regionales y locales, así como actores internos, los que suelen tener mucho poder y ser quienes finalmente, de alguna manera, “capturan” las decisiones prácticas que se ejecutan al interior de los hospitales; (iv) La designación de la “Administración” suele corresponder íntegra y exclusivamente a razones de índole político partidista, por lo que de acuerdo a este ordenamiento es el superior jerárquico del director del hospital el que, en principio, debiera “representar de manera íntegra la voluntad del Estado” (dueño). Por su parte, el resto del equipo directivo es designado por el director de hospital, representando, por tanto, sus intereses; (v) No existe un mecanismo explícito de evaluación periódica de los gestores: el problema de agencia se produce de manera permanente, ya que no obstante haber diversas definiciones estratégicas, no existen mecanismos permanentes de supervisión. En términos generales, la figura que se observa es que el director de hospital fija objetivos estratégicos (junto a “su” equipo directivo), ejecuta las líneas (toma decisiones de administración) y “auto” monitorea el cumplimiento; (vi) No hay mecanismos explícitos que regulen los problemas de conflicto de interés; (vii) Falta de mecanismos externos de mercado que disciplinen a los ejecutivos. Es evidente que en el caso de estas entidades se carece de un mercado por el control corporativo que discipline a los ejecutivos a llevar una correcta administración. Tampoco existe presión externa por parte de los mercados de capitales (el precio de la acción no indica el buen o mal manejo de la administración ya que no es aplicable), como el monitoreo parte de los acreedores también es débil (Ministerios de Salud, de Hacienda o de Economía según corresponda); (viii) La existencia de limitaciones presupuestarias con posibilidad de endeudamiento. Por lo general los hospitales tienen un acceso poco controlado por la vía del endeudamiento (crédito de proveedores) a fondos públicos más allá de lo convenido independientemente de la eficiencia o ineficiencia de su administración.

De esta manera, las preguntas que debemos responder se asocian al desafío de desarrollar la institucionalidad necesaria para que en un hospital, por una parte, se orienten las decisiones no solo conforme al interés y sensibilidad ambiental del director del hospital, a los líderes informales y a los grupos internos de interés, sino se consideren en las decisiones estratégicas los intereses de los dueños equilibradamente con los intereses de la ciudadanía usuaria y demás *incumbentes*ⁱⁱⁱ; por otra parte, que no se sobre represente el interés de grupos

ⁱⁱⁱ “*stakeholders*” en literatura anglosajona



con alta capacidad de presión, tales como sindicatos médicos y de personal funcionario y se cuente con un efectivo control de gestión y mecanismos de transparencia en resultados.

El desafío consiste en crear la institucionalidad de gobierno, definir quién representa a los dueños (Estado/ciudadanos, representados en un Estado de Derecho por el Gobierno elegido democráticamente) y por tanto se constituye como una suerte de “Junta de Accionistas”, cuyo propósito sea elegir a los directores que representen los intereses del dueño y fijen su marco de acción. Para ello se debe definir la composición del directorio, incluyendo directores independientes que velen por la transparencia de la gestión y la información, y protejan los intereses del “accionista minoritario” (en este caso, los ciudadanos no representados en el Gobierno. Aquí puede haber un importante rol de los municipios a los que el hospital y la red prestan servicios). Este directorio debería contar con la potestad de nombrar y remover a los directivos más importantes del hospital, fijarles el mandato estratégico, definir su política de remuneraciones e incentivos y controlar su gestión. Finalmente, se deberían adoptar criterios explícitos, conocidos y transparentes para el manejo de conflictos de interés y la entrega de información, tanto a los directores como a cualquier actor interesado.

1.2. Instituciones de salud y Gobierno Corporativo

Para avanzar en el mejoramiento de la eficiencia de organización y gobierno en el sector salud, se requiere establecer una clara definición de derechos y deberes de la comunidad hospitalaria e identificar y separar las funciones estratégicas, políticas y de financiamiento de un hospital con las de dirección, ejecución e implementación de acciones, es decir, identificar y separar los roles de directorio y directivo (gerente). Para ello, como estamos señalando, es vital que se avance en la instalación de gobiernos corporativos, definidos como aquellos conjuntos de principios y normas que regulan el diseño, integración y funcionamiento de los estamentos de gobierno del hospital. Un buen gobierno corporativo provee los incentivos para proteger los intereses de la organización y sus mandantes, y monitorizar la creación de valor y uso eficiente de los recursos. Con ello se asegura la viabilidad en el largo plazo de la organización hospitalaria, su tamaño, eficiencia y desarrollo, identificando claramente la responsabilidad de cada integrante del hospital.

Lo que hace particular a cada gobierno corporativo son las partes que intervienen en las actividades de la organización como participantes relevantes, así como



la distribución de los derechos y responsabilidades entre estos integrantes denominados *incumbentes*. Además, cada gobierno corporativo va adecuando los mecanismos y condiciones para la mejor toma de decisiones. El desempeño de los diversos participantes va moldeando el GC de la organización. ¿Cuáles son los participantes o *incumbentes* en una organización hospitalaria? Podemos señalar, que en el caso específico de un hospital, los *incumbentes*, serían todos quienes se ven impactados por la organización y a su vez, quienes pueden impactar a esta. Deben tener el reconocimiento claro de sus derechos y deberes, y responder a la organización por sus acciones. La importancia de la identificación de intereses con relación a la organización, radica en el carácter dinámico que tienen estos participantes, por lo que se hace necesario un proceso de definición claro y con una metodología conocida, que defina el tipo de organización, tamaño y ubicación geográfica. Generalmente están constituidos por los gobiernos centrales, regionales y locales; seguros de salud públicos o privados; usuarios o clientes; centros de formación; proveedores; y los empleados y funcionarios.

Un axioma que se ha impuesto de manera cada vez más potente es que los gobiernos de las empresas tienen éxito o fracasan, no exclusivamente por falta de recursos, como se suele creer, sino que logran sus objetivos o fracasan en sus propósitos en gran medida por su buena o mala administración. Toda empresa tiene alguna forma de GC y en ese plano lo que diferencia a una de otra es la calidad de éste. Y esta buena o mala calidad influirá en la forma como es tratada la empresa socialmente. Cuando una empresa tiene un GC de alto estándar, esta característica la hace confiable, más transparente y puede acceder, entonces, a mejores condiciones en el ambiente en que se desenvuelve, lo que trae aparejado que más agentes de interés quieran participar de ella (inversores, seguros, proveedores, si se trata de una institución hospitalaria). Una institución de salud dotada de un GC adecuado implicará una mejor conducción, capacidad de planificar mejor su estrategia clínica, administrativa y financiera y podrá responder de mejor forma en sus procesos, por tanto, deviene en una empresa sólida, transparente y competente.

El objetivo central de dotarse de un GC eficiente no es el de centrarse en la autonomía de las instituciones vinculadas al mundo de la salud, sino que al contrario, es equilibrar los procesos de adquisición de competencias, identidad corporativa y productividad con los de una gestión responsable, transparente y en lógica cooperativa de red.

El modo en que se estructura el buen GC en organizaciones con función pública requiere tener una clara identificación y una adecuada articulación de las definiciones de responsabilidad, como también una comprensión real de las relaciones existentes entre los *incumbentes* de la organización y otros



intereses para controlar sus recursos y dividir resultados. Todo ello con un sostenimiento de la gestión, sobre todo de los niveles directivos superiores. Los pasos fundamentales para lograr un GC adecuado, eficiente, con logros de resultados medibles y significativamente positivos, que requieren ser seguidos y aplicados por las organizaciones para conseguir así las mejores prácticas en este tipo de gobernanza, son al menos los siguientes³: Liderazgo, Integridad (ligados a cualidades y valores instalados en la cultura de la organización), Compromiso, Responsabilidad, Integración (producto de las estrategias, sistemas, políticas y procesos establecidos) y, Transparencia.

Los GC en las instituciones hospitalarias serán constituidos por los propietarios o representantes de estos en el establecimiento —el cuerpo de gobierno—, organizados en un Directorio o Consejo Directivo (CD), que a su vez depositará la ejecución de decisiones en la Dirección o Gerencia del Hospital. Las funciones de los órganos del GC de los hospitales son: Formular políticas institucionales, tomar decisiones corporativas y escoger la mejor supervisión sistémica, todo ello en un marco dado por la misión y visión institucional. En el caso de hospitales en RISS, son justamente quienes coordinan o articulan dichas redes los que deben constituir los CD hospitalarios asegurando así que el ejecutivo hospitalario de cuenta a la red como mandante.

Los ciudadanos usuarios de los establecimientos hospitalarios, esperan un GC que sea efectivo y eficaz por parte de sus autoridades gubernamentales. Por ello la comunidad, sea esta funcionaria o usuaria externa, exige que sus autoridades presenten cuentas de su actuar. El GC de una institución no sólo es responsable ante un Ministerio de Salud, sino que lo es principalmente también ante su red y comunidad usuaria. El actuar de esta forma trae aparejado beneficios y cambios cualitativos en nuestra sociedad, tales como el aumento del nivel de información y participación.

1.3. Gobierno Corporativo de Hospitales en red

Desde el punto de vista de gobiernos corporativos, debemos abordar la dimensión de una nueva organización, que podríamos denominar “hospital en red”, como una organización más compleja que es parte o “*nodo*” de un sistema integrado de servicios asistenciales. Las reflexiones a plantear con respecto al gobierno del hospital en red, no han de ser diferentes a las de cualquier empresa cuya propiedad se halla distribuida, como en el caso de las corporaciones privadas y las grandes empresas públicas. Estas reflexiones conciernen a la necesidad de plantear en su justa medida la necesidad de gobernanza y gobernabilidad en este concepto de servicios integrados.



Las empresas deben siempre actuar con la finalidad de maximizar su valor ante los propietarios: el “hospital en red”, en su caso por tanto, ante los ciudadanos de un determinado territorio y sus representantes políticos. Para conseguir esto no es suficiente, como se ha podido ver en innumerables casos, únicamente la Administración, sus cargos, y un equipo directivo profesional. Ante la dilución de la propiedad y los costos de la información y del control directo por parte de estos, se puede dar que primen los problemas de agencia como se señalara al inicio del capítulo, y que por tanto, prevalezca el interés propio y no el de los legítimos propietarios en la actuación de los ejecutivos.

En la mayoría de los países la cultura administrativa de comando y de control es la que justifica la poca visión de empresa del sector público sanitario. El control se basa en la norma y el escrupuloso respeto a los procesos, exigidos muchas veces por encima del resultado obtenido. El control tradicional del Estado, alejado de los problemas de una organización de conocimiento como es el “hospital en red” se muestra limitado para maximizar valor añadido y resultados con los recursos disponibles: es decir, suele preocuparse en *cuánto* se produce y *cómo* se gasta más que *sobre qué* y *para qué* se produce y en qué se gasta.

Otro aspecto de la realidad a hacer notar es que cada organización construye su cultura con independencia de la uniformidad o diversidad en la titularidad pública de los centros sanitarios y de forma de regulación. Ello impide la mayoría de veces lograr soluciones a problemas “locales” con medidas “generales”. Y si da soluciones a unas, provocará problemas en otras. De ahí la justificación, del principio de autonomía de gestión centrada en la obtención de los resultados requeridos en la gestión de las grandes corporaciones. Dicha autonomía debe guardar relación con los aspectos ejecutivos, pero nunca con los propios de las políticas y objetivos. Dicho de otro modo, podemos tener mayor autonomía ejecutiva en cada organización, en tanto tengamos una función eficaz de directorio a nivel de redes. Es posible y necesaria una mayor autonomía en el “*cómo hacer*” cuando se tienen aseguradas, desde la red, las competencias de gobierno para definir el “*qué hacer*”.

Para dar respuesta a sus expectativas a largo plazo, los propietarios, en el caso de un “hospital en red”, deben delegar facultades a un órgano directivo para garantizar, desde la proximidad, que los ejecutivos de la empresa actúen siempre orientados por los intereses de los propietarios. Ello establece un sistema de responsabilidades entre la Propiedad/Ministerio (el principal) y un CD (delegado del principal) que determina y controla la función ejecutiva (gestora), con la finalidad de rendir cuentas a los ciudadanos. Estamos hablando de una aplicación de la teoría de agencia, en el ámbito conceptual de la gobernanza.



La equívoca concepción de que un hospital concebido empresarialmente es igual a privatización, bloquea, en muchos sistemas, las reformas de la gestión pública. La propiedad pues, desde el CD, busca asegurar que el propósito del hospital como empresa esté alineado con las políticas de la red, separando claramente el ámbito del gobernar que es decidir, del de dirigir y gestionar, que es manejar y ejecutar las decisiones de la propiedad.

Con la finalidad de cumplir con la misión de la organización gobernada, y garantizar su continuidad, compete a su gobernanza formular las políticas institucionales basada en la visión y valores, tomar decisiones y escoger el modelo de supervisión sistémica. La llamada gobernanza efectiva se alcanza cuando se llega a crear valor (entendiéndolo en la visión amplia que va más allá de la cuenta de resultados), teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios-clientes-ciudadanos del ámbito en el que el “hospital en red” opera, con los profesionales empleados satisfechos, cumpliendo con los proveedores y acreedores, protegiendo el medio-ambiente y alcanzando el equilibrio presupuestario.

La gobernanza efectiva, como objetivo permanente a alcanzar, adquiere especial relevancia en el sector sanitario público, teniendo en cuenta a todos los agentes interesados o *incumbentes*: pacientes, médicos, enfermeras y demás profesionales, proveedores, sociedad en general y responsables públicos.

El alcanzar el objetivo de redes integradas, como alternativa a los modelos fragmentados y su coordinación, debe perseguir la finalidad de optimizar los recursos sanitarios, económicos y de conocimiento, para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Requiere la determinación clara de los propietarios y/o responsables del sistema de salud y sus representantes políticos. Esto, que es una decisión de los gobiernos en relación a su modelo asistencial, es una oportunidad para introducir la gobernanza como instrumento de la Administración para desarrollar y mantener sistemas en red, más evidente aun que la gobernanza de los propios hospitales.

Las funciones y competencias de gobierno que se deben tener tanto en la red como en los hospitales que participan en ella (tabla 3.1), así como los aspectos que hay que cuidar en el gobierno corporativo (tabla 3.2), se resumen en las siguientes tablas:



Tabla 3.1. Funciones de gobierno corporativo

ámbito	Red	Hospital
Objetivos	<p>Definir las necesidades de salud de la población a cargo en base a los objetivos sanitarios o planes de prestación de servicios de carácter nacional.</p> <p>Definir una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.</p>	<p>Traducir objetivos de la red a la visión estratégica del establecimiento.</p> <p>Verificar que los planes operativos de corto y mediano plazo estén alineados con dicha visión.</p>
Clientes / usuarios	<p>Conocer las expectativas de los usuarios.</p> <p>Indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación, control social y cuenta pública.</p>	<p>Definir políticas de participación de los usuarios e instancias de concertación y participación del personal interno.</p> <p>Definir mecanismos de cuenta pública a usuarios y a la red.</p>
Procesos	<p>Definir la cartera de servicios de cada establecimiento que pertenezca a la red, sea por propiedad compartida (entidades estatales) o por relación convenida, sea por razones legales o contractuales (centros de salud municipales y/o privados).</p> <p>Establecer políticas de red en los ámbitos de inversiones y recursos humanos consecuentes con la visión estratégica y las respectivas carteras de servicios.</p>	<p>Ajustar la estructura organizacional y los procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a cartera de servicios requerida por la red.</p> <p>Aprobar y evaluar planes gerenciales anuales en términos de metas asistenciales y financieras comprometidas con la red.</p>
Desarrollo	<p>Establecer sistemas de información, de referencia y contra referencia, y sistemas de control y re-orientación.</p> <p>Establecer normas y procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de procesos asistenciales y /o logísticos integrados.</p> <p>Establecer planes de compra para cada establecimiento; asignaciones e incentivos en base a resultados (<i>performance</i>).</p> <p>Constituir los gobiernos corporativos de los hospitales de la red.</p>	<p>Definir políticas y evaluar cumplimiento en los ámbitos de desarrollo de las personas, tecnologías, asignación interna de recursos, posicionamiento institucional e imagen corporativa.</p>



Tabla 3.2. Aspectos que hay que cuidar en un gobierno corporativo:

Aspectos	Descripción de tópicos relevantes
No caer en la ilusión de “gobierno de asamblea”	Una adecuada gestión participativa en el cómo hacer, no guarda relación con los requerimientos de buen gobierno corporativo. Situaciones ambiguas en que los órganos de gobierno son constituidos por la propiedad con un criterio de representación de grupos de interés, se traduce en que sus integrantes hacen primar aquellas decisiones que benefician a sus intereses. Se pierde la visión sistémica que deben tener los consejeros, por lo que no se puede confundir un CD con órganos de consulta ^{iv} o negociación que son propios de la labor ejecutiva.
Centrarse en la misión institucional	La actividad del órgano de gobierno se centra excesivamente en sí misma (los tópicos ejecutivos), quedando en segundo plano la función primordial de la red. Debe permanentemente cuidarse de separar los temas de coyuntura que son propios del ámbito del gerente, de los tópicos propios del directorio.
Gestionar la resistencia al cambio	Las organizaciones sanitarias se hallan sometidas a permanentes cambios del entorno de todo tipo: social, tecnológico, económico, etc. Los consejos directivos deben de pensar en presente para crear futuro, sin adherirse a modelos pasados, aferrándose sí a liderar los cambios y no a resistirse a ellos.
Información adecuada	Es relevante disponer de la información necesaria para gobernar, ni en exceso ni en defecto. La información ha de ser suficiente y manejable para deliberar y tomar decisiones.
Consejeros adecuados y con responsabilidades bien definidas	<p>Los órganos de gobierno han de asumir la sustitución de los consejeros que no ajusten su actividad a los requerimientos exigibles de compromiso, independencia y dedicación. La participación de los médicos en los CD se estima conveniente por tres razones: Aportar la visión sanitaria y específicamente médica, contribuyendo a una mejor claridad sobre las prioridades. Aportar la sensibilidad profesional sobre la eficiencia. Aportar su experiencia profesional en otras organizaciones. Los candidatos a miembros médicos del consejo deben reunir algunas características básicas: buena reputación profesional, ser ajenos al cuerpo médico de la institución; poseer conocimientos al menos básicos de salud pública y haber ejercido alguna función de responsabilidad directiva.</p> <p>Los miembros deben tener establecidos sus roles y ámbitos de responsabilidad dentro del órgano de gobierno.</p>
Estructuras de soporte adecuadas	Los consejos deben estar suficientemente dotados de soporte administrativo y técnico desde sus propias organizaciones.

iv

^{iv} En Chile existen Consejos Consultivos hospitalarios, los cuales son espacios de consulta y negociación que evidentemente no corresponden a consejos directivos. Así mismo, en las redes chilenas existen los Consejos Integradores de Red Asistencial -CIRA- donde asisten los directivos de atención primaria y hospitales, siendo también una instancia de coordinación ejecutiva pero no una instancia de gobierno corporativo en propiedad.



La relación entre el consejo directivo y la gerencia: El órgano de gobierno o CD lo componen personas, que al margen de sus conocimientos y prestigio, no son expertas en los servicios que presta la organización, pero que representan de alguna forma a la comunidad y la red por expreso deseo de la propiedad pública. El gestor es un profesional experto en la administración sanitaria y es quien hace posible su funcionamiento. El CD es quien debe seleccionarlo y nombrarlo. En los países como Chile, donde se están iniciando procesos de profesionalización de la alta gerencia pública, entidades autónomas especializadas^v en selección de gerentes deben, en base a un perfil del cargo dado por el propio CD, proceder a formar una terna para que dicho CD lo seleccione.

Un aspecto relevante, sin duda, es la relación que se establece entre el órgano de gobierno y el máximo responsable ejecutivo. Este no debe temer por su liderazgo y autonomía en la conducción de la entidad. No debe percibir al CD como su competidor, especialmente a su presidente. Para ello es clave el establecer contratos o compromisos de gestión entre el CD y el gerente donde se precisen claramente lo que se espera de él y la forma en que va a ser evaluado.

Hechas estas consideraciones, las diferencias entre la gobernanza, la gobernabilidad y la gestión, no son tan fáciles de delimitar en la cotidianidad. Si el consejo y la gerencia se conciben como entidades separadas, pronto se establecerán tensiones por la supremacía. Por ello lo recomendable es que el CD se mantenga en los niveles de generalización (*el qué hacer*), reservando las especificidades (*el cómo hacerlo*) a la dirección ejecutiva. El consejo debe reconocer también la importancia de la opinión de la dirección ejecutiva en las políticas institucionales, siendo de facto un consejero con voz, pero sin voto en la mayoría de órganos de gobierno.

2. Las tecnologías médicas y el hospital desde las RISS

Con respecto a las tecnologías médicas se deben ver aspectos relacionados con su regulación, selección, adopción, difusión y uso de manera coherente con el modelo de atención en red, tanto en el primer nivel como en los de atención especializada, con el objeto de asegurar integración y continuidad de la atención. A su vez hay que extender esa mirada hacia distintos tipos de tecnologías (pruebas diagnósticas, medicamentos, tecnologías de la información y la comunicación (Tics) y, como también son tecnologías: los programas, protocolos y guías).

^v En Chile es el Servicio Civil quien está iniciando este proceso



Nos acosa una creciente y bien documentada preocupación: el progresivo incremento del gasto en salud amenaza la sostenibilidad y la solvencia de los sistemas sanitarios. A menos que medien prontas y adecuadas acciones que lo racionalicen, la amenaza se convertirá en realidad. Ni los sistemas nacionales de salud ni los de aseguramiento social escapan de esta tendencia, agravada al observar que el crecimiento del gasto en tecnologías médicas casi siempre supera el aumento esperable de su efectividad, seguridad y calidad^{4'5'6'7}. El incremento es mayor en atención hospitalaria que en el primer nivel de atención, se exprese como porcentaje del gasto público en salud o como fracción del producto interior bruto⁸.

El incremento del gasto depende sobre todo de la ampliación de la cobertura sanitaria, envejecimiento de la población, aumento de los precios del sector y de la intensidad de utilización de las tecnologías y su encarecimiento⁹. Las tecnologías no siempre aumentan el gasto en salud ni son su únicas responsables^{10'11}. Las relaciones entre gasto y tecnologías son complejas y biunívocas. Las fuerzas del mercado y la regulación de los sistemas de salud marcan el ritmo de su difusión y contribuyen a explicar diferencias entre países y áreas dentro de un mismo país^{12'13'14'15}. En países en posiciones bajas en la escala de desarrollo, el aumento del gasto público en salud es muy productivo, sobre todo si se invierte en asegurar cobertura en atención de primer nivel, por las externalidades que la salud pública tiene en la economía. Pero en los más desarrollados se asocia con beneficios marginales decrecientes¹⁶.

En todos los sistemas de salud sigue prevaleciendo la gestión del volumen de servicios y la intensidad de uso de tecnologías por sobre su calidad¹⁷. Se extiende por ello la conciencia sobre la necesidad de reorientar la organización, regulación y financiación de los servicios: desplazarlas de su estructura y procesos (lo que tenemos y hacemos) hacia los resultados en salud (lo que obtenemos; en definitiva, lo socialmente deseable) y hacerlas gravitar en torno a criterios de eficacia y efectividad relativas, eficiencia y valor social añadido de las tecnologías^{18'19'20'21}.

Los médicos asignan aproximadamente el setenta por ciento de los recursos. Sus decisiones clínicas ya contemplan la eficacia de las tecnologías²². No son tan conscientes, sin embargo, del hiato entre eficacia y su efectividad. Ni de su costo; menos aun de su costo de oportunidad. Esos beneficios que dejan de obtenerse con la mejor alternativa disponible se refieren a los pacientes que atiende un médico y a los demás que él y los demás médicos están tratando y tratarán (dimensión social de la eficiencia); de ello depende en buena medida que confluyan el bienestar y las preferencias individuales con las sociales. Tampoco somos muy conscientes del precio de las tecnologías sanitarias



(inelasticidad del precio de la demanda) y nuestro *riesgo moral*^{hi} es alto²³.

Los sistemas de salud tienen su frontera tecnológica de producción: la que marca los resultados óptimos alcanzables con la gestión más eficiente de los recursos disponibles. El *análisis de frontera* dice qué organizaciones gestionan sus recursos en su frontera de producción o por debajo conforme a una norma. Las ordena en función de su eficiencia económica relativa, que combina su capacidad para lograr la máxima producción con los recursos que tienen (eficiencia técnica) y para utilizarlos en óptimas proporciones según sus precios relativos (eficiencia asignativa). Marca la distancia entre los resultados en salud que consigue y los que podrían lograr. Acota el margen de mejora posible de la calidad de los servicios, uno de los cometidos socialmente exigibles a nuestros servicios de salud^{24'25}.

Prueba irrefutable de ineficiencia la constituyen las variaciones geográficas injustificadas tanto del uso de tecnologías como de resultados en salud. Se apela a diferencias en morbilidad y gravedad, en cobertura y tipo de aseguramiento, efectos aleatorios, preferencias individuales, efecto de sustitución o de expansión del tratamiento (*treatment expansion and substitution effects*). Pero al ajustar las tasas de uso por ellos la variabilidad se mantiene²⁶. Descartados estos factores, la variabilidad apunta hacia la falta de conocimiento (incertidumbre), la difusión insuficiente de información científica (ignorancia) y a una escasa intervención organizacional sobre las prácticas, lo que requiere de recursos y competencias para la innovación y el cambio en la cultura. La resultante explica que muchas decisiones clínicas respondan a preferencias, hábitos y escuelas de práctica, pensamiento y formación locales que, al agregarse, se expresan en coeficientes de variación altos en el uso de tecnologías dentro y entre distintas zonas geográficas. Es más atractivo invertir en aparatos y medicamentos que en formación e información científicas y en su adecuada difusión (reducir la variabilidad rinde beneficios mayores que los costos de diseminar información científica sobre tecnologías.). Dos fuentes adicionales de ineficiencia yacen en el uso inadecuado de tecnologías -sobre, subutilización y uso inapropiado- y en su ubicación en niveles de atención donde menos maximizan su capacidad resolutoria y menos costo-efectivas son, y ello es cierto incluso para las tecnologías más sencillas^{27'28'29}.

Toda vez que la demanda de servicios y los recursos disponibles nunca coinciden (demanda y necesidad tampoco lo hacen con frecuencia), mucho se

^{vi} El concepto de riesgo moral, se entiende en contexto de asimetría de información, cuando un individuo cambia su conducta (por ejemplo luego de una persona contrata un seguro de salud, o un directivo de una empresa de inversión toma una decisión luego de acceder a información privilegiada), dado a que la consecuencia de sus actos recaerán sobre otros.



reclama la equidad. Cunde cierta confusión porque se baraja más de una decena de definiciones de ella^{30,31}. No es un concepto técnico. Claramente lo consigna, por ejemplo, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido: es un juicio social (social judgement) que traduce preferencias sociales ante la desigualdad. Su aplicación no acostumbra ser trasparente, hay que rendir cuentas y ello no arroja dividendos en la esfera política.

Poco se explicita el enfoque adoptado para dirimir la controversia que en justicia distributiva plantea la asignación de recursos limitados³². Hay numerosos enfoques para hacerlo. Sus extremos son, primero, el utilitarismo, que persigue asignarlos para maximizar la salud (utilidad) global de la sociedad, distribuirlos con eficiencia, pero a expensas de cierta pérdida de equidad. Y, segundo, el igualitarismo (*rawlsianismo*), que postula distribuirlos para que cada individuo goce de una participación justa (*fair share*) de ellos. Ofrece un grado adecuado de atención y bienestar, no el máximo alcanzable; en él prevalece la equidad sobre la eficiencia, dos principios que mantienen una relación inestable. Como las consecuencias de la aplicación de ambos enfoques difieren, que nadie se confunda, en política pública el objetivo no es la eficiencia, sino la combinación de eficiencia y justicia en la asignación que la sociedad desea y las leyes reflejan. El principio de equidad debe ser carta de naturaleza de la asignación de recursos limitados; su aplicación obliga a hacer público qué enfoque de la justicia social se adopta. La dificultad estriba en alcanzar un equilibrio razonable y socialmente consensuado entre ambos extremos.

Son razones de eficiencia, equidad y justicia social las que justifican interponer racionalidad al incremento del gasto en salud: acabar con la práctica guiada por la deletérea creencia de que *cuanta más tecnología, mejor*, y con una oferta de servicios del tipo *barra libre* o *bar abierto* (acceso de todos a todo). Si el incremento del gasto público en salud no responde al del valor (diagnóstico o terapéutico) añadido y social de las tecnologías que se incorporan al sistema ni al de las que se están usando (dejando ahora al margen los aumentos equitativos de acceso y cobertura), no es socialmente inocuo dejarlo crecer y sufragarlo, aumentando la presión fiscal o el déficit público. La gobernanza se convierte entonces en subgobierno. Lo que de verdad importa no es tanto cuánto se gasta en ellas, sino si *cuestan lo que valen*, si los aumentos de salud y calidad de vida que con ellas se consiguen justifican su costo³³.

Es en este contexto, descrito con las omisiones excusadas, donde se usan las tecnologías en los tres niveles de atención. Su alto peso específico en el gasto, el funcionamiento y los resultados en salud exigen tener muy en cuenta marco y tecnologías al trazar directrices de integración de servicios.



2.1. Adopción, difusión y uso de tecnologías en servicios integrados: determinantes y directrices

Las mejoras de la salud en el siglo XX no son atribuibles exclusivamente a las tecnologías médicas; han de analizarse individualmente. Mckeown, Fogel, Lalonde y otros han mostrado la contribución proporcional de los determinantes de la salud a dichas mejoras, así como su discordancia con el gasto destinado a cada determinante³⁴³⁵. Las razones beneficio-costos de la potabilización de aguas y cambios de estilos de vida han sido, respectivamente, de 21:1 y 30:1. La de los cuidados intensivos y el control farmacológico de los factores de riesgo cardiovascular, de 4:1. Esos beneficios atribuibles también exceden los costos de algunas tecnologías para el tratamiento, por ejemplo, de la depresión, el infarto de miocardio, el bajo peso al nacer en prematuros ingresados en UCIN neonatales y las cataratas.

Pocas *innovaciones* en tecnología médica son verdaderas innovaciones (ejemplo: el gigantesco mercado de los fármacos *me-too*). Casi nunca se producen bruscamente³⁶³⁷³⁸. En la velocidad de adopción y difusión de las tecnologías influyen numerosos factores: dotación de recursos instalados, inclusión de nuevas prestaciones (aumento de cobertura), tipo de pago a proveedores e incentivos, intensidad de los efectos de expansión de tratamiento y diagnóstico (progresivo ascenso del número de pacientes más leves y más graves tratados y de diagnosticados en etapas más tempranas de la enfermedad) y de sustitución de tratamientos, interposición de copagos y usos tutelados, maximización de la sensibilidad diagnóstica (más actividad y mayor costo a expensas de falsos positivos), ampliación del mercado medicalizando todo lo posible y creando falsas enfermedades a cualquier precio (*disease mongering*), presión de pacientes (organizados o no, auspiciados o no por la industria), mercadeo, los fenómenos de la *fascinación tecnológica* y del *imperativo tecnológico*, rivalidad entre especialidades (coronariopatías, cirugía de la mama, litiasis coledocal, reducción del riesgo trombogénico), y un largo etcétera³⁹⁴⁰⁴¹. El control que sobre ellos pueden ejercer los gobiernos es parcial y a menudo obra más el control de precios que de cantidades y de reducción de la (sobre) utilización.

2.2. Pruebas diagnósticas y red

En evaluación de tecnologías, las pruebas diagnósticas siguen siendo el (*hermano pobre*) de los medicamentos. Se conocen sus costos, pero las estimaciones de su eficacia o efectividad diagnósticas se limitan, con serias deficiencias metodológicas, a pocas variables intermedias o sustitutivas (*surrogate*):



las de validez diagnóstica (sensibilidad, especificidad, a veces valores predictivos)^{42'43'44'45}. Escasean los estudios de costo-efectividad en cada ámbito de atención y los destinados a saber en manos de quién han de estar, para qué indicaciones, con qué criterios de derivación y qué formación exigen^{46'47}.

Las consecuencias de su uso incluyen más parámetros que deberían conocerse para garantizar una selección realmente costo-efectiva y equitativa entre las disponibles y las nuevas en atención de primer nivel no especializado de salud y hospital. Además de las variables intermedias, interesa mucho su potencial de mejora de la gestión de pacientes, de las decisiones terapéuticas, de su seguridad (la olvidada iatrogenia diagnóstica), su aceptación, accesibilidad, y lo crucial, su contribución a la mejora de los resultados últimos en salud. No estimadas respecto a nada (siempre usamos alguna prueba), sino a la mejor alternativa diagnóstica disponible en cada lugar de la red. A semejanza de los medicamentos, en las pruebas diagnósticas también deberían estimarse su eficacia y efectividad *relativa*, su costo-efectividad incremental, y su seguridad.

A las decisiones sobre su financiación, adopción, uso y sustitución (de las obsoletas y de las menos costo-efectivas, *technological displacement o desinvestment*) hay que añadir las de su ubicación y adecuación, máxime si perseguimos integrar servicios en redes: decidir qué dotación diagnóstica de la atención no especializada y del hospital maximiza sus respectivas capacidades resolutorias^{48'49}. En atención no especializada, las que preservan su integridad, longitudinalidad y el acceso; las que tienen sensibilidad y especificidad apropiadas para su casuística y cometidos, sin olvidar sus valores predictivos (que varían según las prevalencias y, por tanto, del nivel de atención donde se usan); las más seguras; la formación necesaria para su adecuado uso, y las que contribuyen a mantener tasas de derivación a especializada óptimas.

Externalizar costos y capacidad diagnóstica en la atención especializada -AE- abierta o cerrada puede ser tan ineficiente como retener pacientes en hospitales con problemas de salud resolubles en el primer nivel de atención. Hay que revisar la dotación diagnóstica instalada en atención de primer nivel (espirometría, ecografía, monitorización ambulatoria de la tensión arterial, control de la coagulación...) y decidir a qué pruebas de AE debe tener acceso y de qué forma. Y en AE, teniendo en cuenta cada nivel de complejidad hospitalario, hacer lo propio (por ej., qué modalidad de tomografía instalar, con qué isótopos, indicaciones aprobadas y excluidas por falta de *evidencia*, con o sin ciclotrón, qué medicamentos de alta complejidad excluir...), y fortalecer su coordinación con otros niveles de atención.

Es preciso, además, seleccionar qué pruebas de laboratorio se ofrecen al pri-



mer nivel desde los hospitales de referencia de la red a los de niveles menos complejos. Debe reducirse su histórica sobreutilización (análisis de orina, solicitud automática e indiscriminada de metabolitos en serie sin justificación científica, *cascadas diagnósticas*)^{50'51}. Y por la creciente presión de su oferta y precio, la *fascinación tecnológica* que atesoran y los riesgos que los insuficientemente validados acarrear (positivos y negativos falsos), prestando especial atención a los biomarcadores (de diagnóstico, seguimiento y pronóstico de enfermedades, y de detección de toxicidad de fármacos)^{52'53}. La reciente aprobación de criterios consensuados para su validación y calificación intenta dar respuesta a las marcadas deficiencias de su investigación y desarrollo, a la precipitación con que se incorporan en cartera de servicios marcadores con pruebas insuficientes de validez⁵⁴. También reclama cautela la creciente oferta de pruebas de cribado y diagnóstico genético.

Los estudios de variabilidad del uso de numerosas tecnologías diagnósticas son una buena aproximación a su sobre y subutilización, seguridad e ineficiencia en cada nivel, y de ayuda inestimable para planificar integraciones de servicios en red. En el diseño en red de laboratorios y servicios de radiodiagnóstico debe considerarse el potencial complemento que a las economías de red (se producen por compartir recursos) pueden aportar las de escala y la gran capacidad integradora que, bien implantadas, brindan laboratorios centralizados en ámbitos de alto volumen, las tomas de muestra estructuradas en red cercanas al hábitat de las personas; la historia clínica electrónica compartida, los algoritmos de ayuda al diagnóstico informatizados, las consultas telemáticas entre el primer nivel y AE (con radiología, bioquímica, microbiología, genética, oftalmología, consultas *cara a cara* evitadas) y la telemedicina^{55'56'57'58}.

2.3. Medicamentos y red

El gasto farmacéutico sigue incrementándose, tanto a expensas de AE (el intrahospitalario y el de su medio ambulatorio) como de la atención de primer nivel, pero solo alrededor del 15% de los nuevos medicamentos son verdaderas innovaciones (el resto son *me-too* y ligeras modificaciones de medicamentos comercializados). Nuevo pocas veces es sinónimo de más valioso. Casi la mitad del gasto en innovaciones farmacéuticas (las que contienen nuevos principios activos) lo representan fármacos con escaso o nulo valor terapéutico añadido frente a los comercializados⁵⁹. Para integrar servicios eficientes, equitativos y sostenibles también debemos preguntarnos: ¿vale lo que cuesta ese aumento?



La eficacia de muchos medicamentos se estima en ensayos clínicos frente a placebo, no comparándolos con tratamientos activos disponibles para la misma indicación⁶⁰⁶¹. Los porcentajes de ensayos de no inferioridad y las comparaciones de fármacos indirectas exceden con creces las situaciones que obligan a realizarlos como única alternativa justificada al ensayo clínico con control activo⁶²⁶³.

La utilidad terapéutica (eficacia más seguridad) subestima el *valor social* de los medicamentos. Este abarca, además, el *valor terapéutico añadido* (VTA: mejora de la calidad de vida, satisfacción, comodidad, preferencias, gastos individuales y sociales evitados) y la relación *costo-efectividad incremental* (la del VTA de un fármaco respecto a su costo de oportunidad). El paradigma actual de la investigación con fármacos prescribe estimar la eficacia *relativa*: la medida en que un medicamento es eficaz y seguro, en condiciones ideales de experimentación, *pero* comparado con una o más de las mejores alternativas terapéuticas prescritas (*conditio sine qua non* de innovación terapéutica real). La eficacia relativa ha de convertirse en criterio innegociable de autorización de los ensayos y aprobación de los medicamentos para comercialización, y la relación costo-efectividad incremental, complementada con el análisis de impacto presupuestario, en el irrenunciable de los financiadores⁶⁴. El auge de la efectividad comparativa (*comparative effectiveness*) estriba en la defensa de estos principios y en la necesidad de recabar más información, tareas que deben asumir los responsables (reguladores y financiadores) de los gobiernos, servicios de salud y prescriptores.

El conocimiento cabal de los riesgos y beneficios de los medicamentos se alcanza tras años de uso. Es una de las explicaciones de *la paradoja de la evaluación de tecnologías*: la mayoría se adoptan en ausencia de suficientes evidencias de su eficacia (no lo permiten ni la duración ni el reducido número de participantes en un ensayo clínico respecto a los que se les prescribirá el medicamento). Y el aumento a menudo observado de su efectividad postcomercialización, también responde a la pericia que se adquiere con el tiempo. De ahí la importancia de implantar sistemas permanentes de farmacovigilancia y de realizar estudios de postcomercialización legítimos (fase IV).

La fracción más importante del crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario es tributaria de nuevos medicamentos oncohematológicos, antiinfecciosos y biológicos (sobre el 70%). Cabe esperar un notable incremento en estos últimos (proteínas recombinantes, anticuerpos monoclonales, vectores, ácidos nucleicos, obtenidos mediante biotecnología) y en terapias génicas y celular somática e ingeniería tisular⁶⁵⁶⁶.

El impacto presupuestario de muchos medicamentos prescritos en atención



de primer nivel y AE de bajo VTA, el de la voluminosa sobreutilización (poco reducida con medidas de control de la calidad de la prescripción), la mejorable prescripción de genéricos y la no desdeñable de fármacos menos costo-efectivos que otros disponibles para las mismas indicaciones suponen un *gasto evitable* muy alto^{67,68}.

La eficiencia, solvencia y sostenibilidad de los servicios integrados depende críticamente de que se introduzcan medidas correctoras como las mencionadas, mecanismos de aprobación, financiación, cobertura y prescripción basados en el VTA, el valor social y el análisis de costo-efectividad incremental, y de que se establezcan umbrales del costo máximo que la sociedad está dispuesta a pagar por año de vida ajustado por calidad. Estos son los elementos que se deben tener a la vista a la hora de diseñar los arsenales farmacológicos de cada punto de la red y como estos se integran a las guías clínicas de procesos integrados. No hay que olvidar que una frecuente excusa del “secuestro” de pacientes por parte del hospital es que la atención de primer nivel carece de fármacos para el debido seguimiento de estos.

2.4. Tecnologías de la información y la comunicación (Tics) y red

Las redes de servicios integrados son un terreno mejor abonado que los servicios poco vertebrados para implantar y usar eficientemente las Tics adecuadas para cada nivel de atención. El desarrollo de servicios en red puede granjearse impagables informaciones y admoniciones de los avances logrados en varios países en la última década con la adopción de las Tics, especialmente aprendizajes sobre la a veces cegadora fascinación por ellas, la prematuridad de algunas adoptadas, y las limitaciones de los sistemas instalados de información (SSII) que han sido objeto de informatización⁶⁹.

Tics hay muchas, con funciones, versatilidad, grados de desarrollo y validación dispares. Por ello, las primeras preguntas que deben responderse para seleccionar las más adecuadas y adoptarlas son los *para qué* y *quién*, *dónde*, *cuáles*, *con qué prelación*, *aceptación* esperada y *a qué costo*. Hay que recabar experiencias de otros lugares, analizar sus prestaciones, planificar su implantación (corto plazo), difusión y mantenimiento (medio plazo). Se necesita consenso al identificar y asumir que son medios y no fines (se confunden a menudo) y que la meta no es otra que la integración de servicios para aumentar la salud y la calidad de vida.

La informatización de SSII clínicos, asistenciales, económicos y de recursos,



para sentar bases de integración de servicios en red ha de partir, como mínimo, de los siguientes hechos contrastados: la calidad de un SSII depende, en última instancia, de la del dato primario; toda red debe integrar los SSII de servicios de salud y de los pertinentes de salud pública (se siguen dando la espalda); los SSII han de ser fiel reflejo de los objetivos estratégicos del sistema de salud; elementos nucleares de la integración son la identificación personal única y la historia clínica electrónica compartida (fuente de información clínica por antonomasia) por los niveles de atención y centros de la red; deben acotarse con meridiana claridad los SSII propios de los niveles macro, meso y micro, y los datos han de fluir sin obstáculos entre ellos.

De ineficiencias observadas en la informatización de servicios derivan varias previsiones. Son el personal clínico y los gestores, no los informáticos, quienes han de decidir qué *información* necesitan (la *información* es la resultante de la metabolización neuronal de los datos). La definición del *producto* de los servicios de salud sigue pendiente. Se han de homogeneizar las variables que se decide medir (para los distintos tipos de consulta externa y motivos de suspensión quirúrgica, episodios en atención de primer nivel, prestaciones de cartera de servicios de radiología y demás pruebas diagnósticas con independencia del nivel de atención, y el finito, aunque largo, etcétera). También la interoperatividad debe regir la integración de programas (*software*) de soporte de los SSII (historia clínica compartida, consultas externas, quirófanos, hospitalización, altas, servicios centrales, administración) y la integración con los de salud pública (vigilancia epidemiológica, vacunas, farmacovigilancia, planes de salud...). El esencial control de su calidad empieza en la homogenización de la definición de variables, campos e indicadores, pasa por su correcta mecanización y la periódica depuración de bases de datos, y termina con la explotación de cuadros de mandos exquisitamente diseñados de los tres niveles y los análisis *ad hoc* de SSII y registros clínicos. Carecer de personal capacitado y a tiempo completo para estas tareas, menoscaba irremisiblemente la calidad de los SSII. Implantamos muchos, pero los mantenemos mal. Si todo esto es muy complejo y cuesta mucho, se empieza por un mínimo irrenunciable.

Abunda la casuística de los que, cautivos de la fascinación tecnológica de las Tics y expuestos a la presión y competencia del mercado, implantan programas prematuros que convierten a los servicios y la práctica clínica en su incubadora. Esto, unido a la compulsión observada por ver quién informatiza más y antes (datawarehouse, receta electrónica, SSII en primaria y hospitales, algoritmos de ayuda a la decisión diagnóstica, dispensación de fármacos en hospitales) con programas poco desarrollados y validados y sin interoperatividad, está aumentado el costo de oportunidad y causando problemas de seguridad clínica⁷⁰⁷¹.



2.5. Protocolos, programas, guías y redes

La proliferación de protocolos de enfermedades, gestión de procesos, del cambio de organizaciones, mejora, coordinación (derivaciones del primer nivel a AE, protocolos conjuntos) y reforma de servicios, vías clínicas, herramientas de toma de decisiones compartidas, guías de práctica clínica^{72'73'74}, no puede transformarse en un desincentivo para su aplicación en el cotidiano del quehacer asistencial de la red. Es necesario sistematizar estos procesos, colocando de relieve los aspectos relacionados con su implantación práctica y las capacidades para evaluarlos y aprender continuamente de ellos.

Por lo tanto, la integración de servicios ganará mucho en eficiencia si destinamos esfuerzos a escoger protocolos y guías que más se adecuen a nuestros contextos, a adaptarlos consensuadamente, y utilizar las estrategias más adecuadas para implantarlos, sobre todo aquellas dirigidas a superar dos de las mayores barreras que frenan su implantación: cambios de comportamiento de los profesionales y modificación de factores del entorno. Para lo anterior hay varias estrategias: se cuenta con información sobre su efectividad y se sabe que la aplicación de varias simultáneamente (multifacéticas) es más efectivo que el despliegue de una sola (monofacéticas)^{75'76}. Evaluar su efectividad y difundir sus resultados forman el último eslabón y refuerzan los resultados obtenidos con este tipo de tecnologías⁷⁷.

2.6. Algunos referentes encaminados a la integración

Piezas clave de los éxitos y las limitaciones de los casos que se describen son el intento de fortalecer el primer nivel de atención y coordinar los niveles asistenciales y, la reorientación de la gestión hacia los resultados en salud y el pago por *valor*. Suficientes estudios legitiman afirmar que ningún intento de integración de servicios en red arribará a buen puerto (el de los buenos resultados en salud, la eficiencia y la sostenibilidad) a menos que potencie decididamente la atención de primer nivel: los resultados en salud y la equidad son mayores y el costo menor en los servicios de salud, cuyo primer nivel de atención es racionalmente accesible, presta atención cercana al paciente, integral (*comprehensive*) y longitudinal, tiene alta capacidad de resolución de problemas (porque la dotación y ubicación tecnológica y de profesionales son las adecuadas en cada contexto), y está bien coordinado con AE y sociosanitaria⁷⁸. Los casos se han escogido expresamente con miras a completar el abanico geográfico de ejemplos de este libro.



No obstante las limitaciones impuestas por comparaciones con tasas insuficientemente ajustadas, parece que, en conjunto, la atención prestada por Kaiser Permanente es más eficiente que la del National Health Service (NHS) Británico^{79'80'81'82'83}. Kaiser es una organización *integrada* por tres entidades (aseguradora, proveedores de atención de primer nivel y hospitales) en régimen de *exclusividad mutua*, con programas integrados (financiación y provisión; prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados intermedios y autocuidados; atención hospitalaria y ambulatoria), basados en guías clínicas, gestión de pacientes y cuidados, con énfasis en prevención, una atención de primer nivel –reforzada por salarios aumentados, dotación tecnológica, cartera con servicios integrados y prestados en el lugar más resolutivo-, un potente y exhaustivo sistema de información, e incentivos alineados (basados en indicadores de calidad con retroalimentación periódica de información sobre el trabajo). Esto, con un gasto per cápita ajustado e indicadores de calidad (de resultado) muy similares o mejores que los del NHS, sus tasas de admisión y, sobre todo, las estancias medias de agudos (índice de rotación mayor) son notablemente menores.

Las mejoras de calidad observadas en la Veterans Administration (superiores a las de Medicare) también responden a la incorporación de atributos de la integración en red^{84'85}. Su plan de reingeniería ha logrado mejoras de su SSII, gestión y medición de procesos y resultados para procesos prioritarios (incluidos los preventivos), integración de servicios, fortaleciendo la atención primaria, su longitudinalidad, la prevención y algunos resultados usando, además, pagos alineados y por capitación (frente al pago por servicio de Medicare) y análisis de costo-efectividad en la aprobación de tecnologías a escala nacional.

Alto peso específico tiene la integración de servicios plasmada en el corpus prescriptivo de la *Patient Protection and Affordable Care Act*. (La intención es incontestable y los escollos, enormes; la pragmática ha de esperar.) Se expresa en sus metas (mejorar la calidad y la coordinación de la atención y reducir el crecimiento del gasto) y en algunas de sus más prominentes provisiones, la creación de las *patient-centered medical home* (PCMH) y de *accountable care organizations* (ACO)^{86'87'88'89}. Las PCMH hunden sus raíces en pruebas que demuestran que una atención de primer nivel fuerte puede redundar en mayor calidad y menor costo de la atención, y, combinan principios de la APS con numerosas acciones (el fomento del uso de las Tics, gestión poblacional de enfermedades crónicas).

Las ACO agrupan médicos, hospitales y otras organizaciones con estructura legal para recibir y pagar por proveer atención coordinada, fuertemente basada en la atención de primer nivel, invertir en infraestructura y rediseño de



procesos e incentivar servicios integrales, eficientes y de calidad. Fijan objetivos de costos y calidad medibles, globales (per cápita ajustados y de atención longitudinal) para poblaciones de pacientes definidas. Los modelos mixtos de pago que pueden barajar (sustitución progresiva de pagos por servicio con modelos mixtos dirigidos a la capitación parcial o total, más bonos por cumplimiento de objetivos de reducción del crecimiento del gasto ajustados por riesgo, aumento de la calidad, y de riesgos y ahorros compartidos) se vinculan con los objetivos mediante SSII con progresiva complejidad y exhaustividad (y criterios de gestión de servicios, actividad asistencial, coordinación inter-niveles, transiciones de pacientes, énfasis en prevención, gestión de enfermedades crónicas, costo-efectividad, seguridad, reducción de la sobreutilización (en centros con pago por servicio) y de la subutilización (en los que pagan por capitación), adecuación de la demanda de pruebas, selección y prescripción basadas en la costo-efectividad incremental de los medicamentos). Un rico abanico de provisiones y medidas cuyo difícil avance habrá que seguir de cerca y a medio plazo.

Un último contrapunto. Tras quince años de expansión del acceso y la cobertura (hoy virtualmente universales) y de la dotación de infraestructuras físicas, recursos humanos y tecnológicos, la atención de primer nivel en España está experimentando, desde mediados de los noventa, un progresivo y preocupante estancamiento⁹⁰. En la esfera de las tecnologías, la integración de servicios está obstaculizada, entre otros factores, por el asentado hospitalocentrismo (en gasto, oferta de servicios, utilización desmesurada, rigidez institucional y gubernamental frente a nuevas situaciones, prominencia de formación de especialistas hospitalarios) y deterioro de la atención de primer nivel (disminución de su capacidad resolutoria por insuficiente dotación tecnológica y acceso a tecnologías de segundo nivel, funcionarización excesiva, desánimo profesional, crisis de valores), la coordinación ineficiente entre niveles (inadecuación de las derivaciones de pacientes, deficiente intercambio de información, escasa implantación de programas de integración compartidos y la *de facto* turbia asignación de funciones, prestaciones y tareas entre ambos niveles y entre personal médico y de enfermería en atención de primer nivel). Un nutrido abanico de enseñanzas.

3. Asignaciones e Incentivos

En América Latina y el Caribe, el grueso de la estructura hospitalaria es de carácter público sea a través de los Ministerios de Salud, de los Seguros o Cajas Sociales, de Estados o Municipios, o como en Brasil, que siendo de diversa



propiedad (con importante rol de las entidades sin fines de lucro), ejercen función pública por ser financiados por el Sistema Único de Salud -SUS-, lo que determina que el Estado es el principal financiador en nuestros países. Y, siendo los hospitales empresas de servicios, el recurso humano (que generalmente se constituye en gasto fijo y rara vez variable) consume el grueso del gasto (entre el 60 al 80%). Esto explica que cuando se discute sobre cómo alinear el financiamiento a resultados sanitarios, productividad o desempeño, las conclusiones deriven rápidamente a cómo asociar remuneraciones a dichas materias.

Por otro lado, cuando hablamos de generar incentivos a la cooperación entre distintos dispositivos y favorecer una lógica de trabajo en redes integradas, debemos plantearnos cómo asignar los recursos de manera de contribuir a esos objetivos y no a otros. Desde esta óptica debemos preguntarnos sobre si hay fórmulas de financiamiento que favorezcan el trabajo en red, que estimulen la resolución de los problemas en el primer nivel de atención. Cada mecanismo de pago tiene sus fortalezas y debilidades. Lo primero es que los organismos rectores de nuestros sistemas sanitarios tengan claridad sobre los objetivos y metas sanitarias de corto, mediano y largo plazo, sobre cuáles son las implicancias presupuestarias que cada una de éstas tiene y de la forma cómo se priorizarán los recursos que se irán teniendo disponibles. Lo segundo es escoger la mezcla correcta de mecanismos de pago que generen las señales correctas en los lugares y momentos correctos. Finalmente, desarrollar capacidad para evaluar, corregir y aprender.

3.1. Fundamentos para un financiamiento a hospitales en red

El financiamiento a los hospitales debe ser consecuencia del diseño de las redes y de su implementación, así como también del diseño e implementación del plan de beneficios que la autoridad sanitaria ha definido. No se pueden definir redes de atención sin tener en consideración el soporte financiero que le permita funcionar, así como tampoco sin tener en consideración el paquete global de beneficios (cartera global de servicios o plan de salud) que entregarán a sus usuarios, el que debe ser previamente definido por la autoridad sanitaria. Para ello es indispensable que en el momento de la planificación presupuestaria se tenga en consideración el diseño e implementación de las redes en su componente financiero a corto, mediano y largo plazo y no solamente en lo referido a la operación de la red (producción), sino igualmente a su infraestructura, equipamiento, recurso humano y necesidades sanitarias de la población.



El papel de los hospitales en las redes asistenciales y los correspondientes incentivos que deberían aplicarse, han de enmarcarse dentro de las políticas de diferenciación de roles entre los financiadores y los provisosres. Los esfuerzos de planificación, elaboración y posible ejecución posterior del sistema de pago (e incentivos) deben basarse en una diferenciación clara de los papeles de financiador y provisor ya que es muy común en ciertos sistemas de salud que se mezclen los papeles, hecho con lo que pueden llegar a desvirtuar los pactos que formalizan entre ambas partes y, por lo tanto, los resultados deseados.

Antes de indicar cuál podría ser el sistema de pago ideal para cumplir objetivos de calidad y eficiencia en lógica de red, deberíamos dar unas nociones sobre sistemas de pago y sus consecuencias. Hemos de tener en cuenta que la implantación de los incentivos hospitalarios tiene una relación directa con la capacidad de gestión que se puede desarrollar en los centros, punto no despreciable en el momento de elaborar nuestro sistema de pago. La clasificación de los sistemas es muy exhaustiva y diversa pero en líneas generales, pueden ser prospectivos o retrospectivos según se pacte “ex ante” o “ex post” entre financiador y provisor, y asimismo puede haber diferentes modalidades de pago, desde el pago por actividad (por acto, por estancia, por proceso...) hasta llegar al pago capitativo. Todos los sistemas o mecanismos presentan características diferenciales con sus correspondientes virtudes y defectos, según cuales sean los objetivos que se deseen conseguir^{91,92} (Figura 3.1).

Figura 3.1. Mecanismos de pago

Mecanismo de pago	Unidad de pago	tiempo de pago	riesgo asumido		incentivos al proveedor		
			por pagador	por proveedor	aumentar actividad	aumentar gravedad	selección menos graves
Pago por prestación	cada prestación	retrospectivo	todo el riesgo	ningún riesgo	SI	SI	NO
Pago por diagnóstico	cada caso	prospectivo	compartido	compartido	SI	NO	SI
Pago por egreso	cada caso	retrospectivo	cantidad y clasificación	costo de un caso	SI	SI	SI
Pago capitado	personas inscritas	prospectivo	encima del tope	hasta superar el tope	SI	NO	SI
Presupuesto por partida	ítems (RRHH, BBySS, etc.)	retro o prospectivo	ningún riesgo	todo el riesgo	NO	indiferente	SI
Presupuesto global	por establecimiento	prospectivo	ningún riesgo	todo el riesgo	NO	indiferente	SI

Fuente: Adaptado de Jarpa 2010, Maceira 1998 y Bitrán 2000



En el caso que nos ocupa nos estamos planteando el papel del hospital en un sistema de redes en el que se implican otros actores sanitarios, tales como atención de primer nivel, salud pública, atención de especialidad a pacientes agudos, crónicos, etc. Por lo tanto, el hospital es un dispositivo más de la red y en el momento de implantar objetivos debemos hacerlo como una parte de la red. El sistema de pago de una red debe permitir que sean posibles los máximos niveles de coordinación y eficiencia.

Como hemos señalado, los sistemas de financiamiento a hospitales deben tomar en consideración que ellos forman parte de esta red de atención de salud, y por lo tanto, debe haber un primer nivel de financiamiento, -al cual están sujetos-, que deberá ser el financiamiento poblacional o del Servicio de Salud⁹³. Los estudios recientes sobre mecanismos de asignación y de pagos a los proveedores de salud⁹⁴ establecen que los mecanismos de asignación, basados en el gasto esperado de la población, se acercan más al gasto real incurrido por los prestadores, que aquellos que se realizan sobre la base de un costo promedio por prestación, porque los primeros están calculados considerando la edad, el sexo y el historial de salud de las personas atendidas. Además, genera un desincentivo a la selección de riesgo, dado que están calculados como promedios poblacionales y vienen a ser una especie de probabilidad de incurrir en gasto. Estos mecanismos poblacionales están basados en un pago capitolativo, entendido este como la asignación de un monto de financiamiento que permita que una persona reciba las atenciones especificadas en un determinado período, pero con un componente adicional, llamado “ajuste por riesgo” que se fundamenta en ajustar este monto uniforme asignado a cada persona, sobre la de base sus años de vida, sexo y riesgo en salud⁹⁵.

Recientemente en Chile un dictamen del tribunal constitucional, limitó la aplicación de las tablas de factores de riesgo para incrementar los precios de los planes de salud según el sexo y edad de los beneficiarios de los seguros de salud privados. El fallo sostiene que las diferencias por edad y género no deben ser determinantes para establecer los precios de los planes de salud. Este dictamen reconoce las diferencias de costos por efecto de la edad y sexo de las personas, pero establece la necesidad de regular su uso en la determinación de los precios de los planes.

Esta misma evidencia y discusión, tomada desde otro contexto, debe trasladarse a los métodos de asignación del financiamiento de los hospitales de las redes de salud, lo que permitiría mejorar la sostenibilidad de los hospitales en lógica de red. Las variables demográficas como el sexo y la edad y las socioeconómicas son factores que determinan una parte del mayor costo de una prestación; otro tanto, lo pueden determinar variables de salud en la medida de su disponibilidad⁹⁶.



Un mecanismo de asignación capitado con ajuste de riesgo, permite fomentar la integración vertical entre los niveles de atención de un territorio determinado, porque alienta la búsqueda de eficiencia entre los prestadores a través de una mejor articulación entre los niveles de atención de salud. Los cambios en la demografía y morbilidad de la población a atender, implican que se deben ajustar las asignaciones de recursos y generar incentivos para favorecer que las atenciones se realicen en los niveles correspondientes y con ello se eviten las retenciones de pacientes, las derivaciones indebidas y se logre que la atención se proporcione en el nivel que tenga la mejor capacidad resolutive para un problema de salud⁴.

Los hospitales públicos en Latinoamérica se han financiado de distintas formas, algunos por un pago por resultado, o por actividad, otros por un pago por ingreso o por un alta, o sencillamente, por un presupuesto histórico. La fijación de un precio a una prestación, ingreso, o alta, se realiza considerando un costo promedio, porque no es posible conocer el costo marginal de las atenciones de salud. Este costo promedio se basa en costos contables, donde se utilizan distintos criterios para asignar a las unidades finales los costos de las unidades de apoyo y los costos fijos.

Estos precios, en consecuencia, se construyen en base a costos de unidades de hospitalización, por lo tanto, se estipulan sobre el gasto de hospitalización y de este valor los hospitales deben financiar las atenciones ambulatorias. A su vez, como el financiamiento de capital o de inversión como se denomina en algunos países, viene por otra vía, los hospitales tienen la tendencia a derivar financiamiento operativo para costear gastos de infraestructura urgente y necesaria. Otro inconveniente adicional, al pagar por prestación, ingreso o alta se produce con los hospitales rurales o pequeños que tienen costos medios más altos debido a la demanda aleatoria y pequeña, lo que no les permite llegar al punto de equilibrio entre su gasto operacional y el precio de oferta y cantidad de demanda⁹⁷.

No obstante lo señalado, el mayor problema que origina el fijar precios por prestaciones o actividad, es que es fijado, por lo general, unilateralmente por el asegurador o en acuerdo entre el asegurador y el colegio de médicos o las asociaciones de prestadores, lo que origina que la fijación de precios no se efectúe por las reglas económicas de la competencia perfecta. Ello trae como consecuencia que estos precios tengan rentas anormales (renta anormal = renta del proveedor por el hecho de que el precio establecido está sobre su curva de costo medio), lo que genera pérdida social.

También, se puede generar “subatención médica” si el precio fijado queda por



debajo del costo percibido como óptimo por el prestador. Esta última situación lleva al médico a tener que decidir en su doble rol de agente: a) si cuidar los intereses del hospital o, b) proveer todos los cuidados al paciente. Al estar frente a un precio menor al del costo óptimo percibido, el médico está en la disyuntiva de decidir entre darle todos los beneficios al paciente y desfinanciar el hospital, o bien, proteger financieramente al hospital y subatender al usuario. En la práctica en nuestros países, los médicos suelen optar por proteger al usuario, lo que puede explicar en alguna medida el nivel crónico de endeudamiento de los hospitales⁹⁸.

Este mecanismo de asignación de financiamiento a hospitales tiene, además, el inconveniente de que paga por la capacidad de oferta, lo que hace perpetuar las desigualdades de recursos entre hospitales y no permite, ni incentiva el desarrollo de nuevas capacidades de oferta asistencial.

Un buen sistema de financiamiento hospitalario que considere su ubicación en red, debe cumplir la doble función de permitir que el hospital desarrolle la capacidad instalada necesaria para hacer frente a la demanda asistencial definida por la red y, a su vez, generar los incentivos para que los recursos sean gastados eficientemente. Estos sistemas de pago, propuestos actualmente por los investigadores en salud, son mixtos. Un componente debe financiar las instalaciones hospitalarias insustituibles como los servicios de urgencia, pabellones, camas críticas, etc. y, el otro, asignar recursos por la complejidad de las atenciones, por pertenecer a una macro-red de atención nacional, por cumplimiento de niveles de atención ambulatoria, por la capacidad de gestionar sus camas, por desempeño (*performance*) en el cumplimiento de metas de red en relación a producción, calidad y eficiencia, etc⁸.

En principio, el componente de financiamiento de la capacidad instalada, constituye la mayor proporción de recursos y se puede determinar por un sistema de medición relativa de capacidad instalada, basándose en los egresos realizados en los dos últimos años y la demanda potencial de salud de la población que el hospital atiende ajustada según las prioridades que realice la red de acuerdo a sus objetivos sanitarios. Esta información se contrasta con la capacidad instalada que posee el establecimiento y se hacen los ajustes correspondientes si se prevé un cambio en la morbilidad futura. El componente de financiamiento de la actividad del hospital se establece de acuerdo a la medición comparativa de la casuística de los productos finales hospitalarios, los que también pueden ser agregados. Los recursos son asignados en función del cumplimiento de incentivos a la eficiencia (pago por desempeño o *performance*), que se asignan en proporción a los niveles de importancia que se le quiera dar a las metas definidas para el hospital por su red, e incentivando una utilización óptima de las capacidades instaladas.



El sistema que se adapta más adecuadamente para conseguir los objetivos sanitarios poblacionales de una red con eficacia, eficiencia, integración y alineamiento de los distintos actores, sería una asignación prospectiva sobre una base poblacional ligada a objetivos de mejora de salud de la población (ver Figura 3.2), junto a elementos de compra adicional hospitalaria^{99'100'101}. Los razonamientos que nos llevan a esta conclusión son las siguientes:

Figura 3.2: Cadena de Valor del Proceso de Atención de Salud



Fuente: Adaptación de Lenz 2010

En primer lugar el sistema de pago debe ser prospectivo. Deben marcarse las reglas y cantidades monetarias a las que deben atenderse financiador y proveedor; esto tiene ventajas a nivel del financiador (sabe cuál es la cantidad prevista a gastar) y a nivel del proveedor (conoce perfectamente los ingresos esperados) ya que se plantean claramente los escenarios sanitario-económicos. En segundo lugar, no es lógico plantear un sistema de pago basado en actividad pura (pago por procesos, por estancias, etc.) ya que nos podría conducir a una actividad incrementalista con el consiguiente peligro de demanda inducida y, por tanto, a inflación tanto en asistencia como en costos.

Por lo tanto lo lógico sería implantar un sistema de pago por cápita que nos permitiría, en el momento de pactar, conocer cuál sería la cantidad que se destinaría por persona a la atención y mejora de la salud de la zona de la red determinada. No es fácil poder llegar a implantar un sistema equitativo



de cápita, y de hecho hay pocos estudios sobre la implantación de un pago per cápita global, basado esencialmente en ajustes actuariales tipo edad, sexo, consumo de recursos, renta, etc., aunque lo ideal sería poder elaborar una asignación per cápita global basada en morbilidad esperada y no en ajustes indirectos. Esto nos permitiría lograr y dar asignaciones en la red más basada en criterios sanitarios que económicos. Alguna experiencia se ha desarrollado en zonas capitativas pequeñas, pero necesitan una extrapolación más generalizada así como un nivel de sistemas de información mucho más exhaustivo de lo que están preparadas nuestras organizaciones de salud¹⁰²¹⁰³.

El pago capitativo aún no se instala como mecanismo de pago en LAC, habiendo ya debates y primeras experiencias hacia ello, tales como el pago capitativo a la atención de primer nivel en Chile y de algunas empresas aseguradoras colombianas -EPS- a hospitales en convenio. En Europa hay interesantes experiencias en instalación que habrá que observar con atención, particularmente lo que se viene desarrollando en Cataluña y en el País Vasco. Es de especial interés para LAC aprender del desarrollo de dichas comunidades autónomas, dado que teniendo modelos de prestación distintos, buscan herramientas similares.

3.2. Pago por actividad hospitalaria desde las Redes

Los hospitales que tienen características especiales debido sobre todo a su estructura y a la capacidad de ofertar una serie de procedimientos específicos hacen que, para no desvirtuar el pago capitativo deban tener una asignación adicional sobre todo para pagar aquellas patologías más caras. Estamos hablando de trasplantes, intervenciones de cirugía cardíaca, neurocirugía etc. Para ello se debería pactar un pago complementario que nos permitiera reconocer cierta actividad específica del centro. Por lo tanto, sería conveniente un pago adicional por actividad y modulado por complejidad. Otros elementos a tener en cuenta: El financiador debe considerar la posibilidad de riesgos catastróficos en la zona cápita (por ejemplo, tratamientos muy caros de ciertas patologías raras), que deberá crear un fondo destinado a estos posibles problemas que puedan surgir ya que si no se desvirtuaría la asignación. Caso aparte es el capítulo de inversiones en la zona cápita que debería centralizarse desde el financiador y establecer los correspondientes mecanismos de reposición. La implementación del sistema de financiamiento de la red deberá hacerse mediante consenso de financiadores y proveedores de modo que permita la suficiencia financiera y la posible coordinación asistencial, con la consiguiente reasignación económica cuando se produzca.



Al pagar al hospital por desempeño (*performance*) se deben considerar equilibradamente indicadores hospitalarios de actividad y calidad, cumplimiento de compromisos de gestión tales como uso de guías clínicas integrales de la red, prescripción de fármacos genéricos, mejoras en generación de datos fidedignos por parte de los profesionales, etc., junto a la obtención en red de metas sanitarias sobre las personas tales como población con patologías crónicas controladas, reducción de listas de espera, etc. Hay que estar consciente de eventuales efectos deletéreos que se pueden producir en acciones no incentivadas, siendo esencial contar con buenos datos para diseñar y evaluar los incentivos.

Junto a la definición macro de cómo transferir a las redes, hay decisiones meso muy relevantes en cuanto a cómo el financiamiento se transforma en un instrumento de modelamiento de la actividad de cada nodo al interior de la red. Por tanto, en ello es clave que el financiamiento siga a la demanda que la red quiere se satisfaga, en el nivel que la red ha establecido que se resuelva. Finalmente, las decisiones micro son igualmente trascendentales ya que guardan relación con los contratos internos que los establecimientos fijan con sus centros de responsabilidad para el objeto de cumplir las metas señaladas por la red.

Junto a estos aspectos, es clave la forma en que se establecen los presupuestos. Es vital comprometer a las unidades clínicas, por lo que los presupuestos deben ser co-construidos bidireccionalmente, esto es, la red señala objetivos y en base a éstos, los equipos clínicos levantan propuestas presupuestarias que se constituyen en el fundamento de negociaciones ascendentes hasta la fijación de las reglas financieras asociadas a metas determinadas. Producto de estas negociaciones, posteriormente cada nodo de la red debe construir sus planes anuales de producción e inversión. Todos estos procesos deben estar basados en reglas claras, persistentes y confiables. Parte del cómo transferir los recursos es determinar quién entrega el presupuesto al hospital (acción de compra), si lo hace una entidad nacional (Ministerio, seguro público, seguridad social, etc.) sobre la base de lo concordado con redes territoriales; si acaso lo hacen descentralizadamente las redes (la red como entidad compradora, basada en un cápita o presupuesto concordado con el o las entidades financiadoras); si acaso la red compra a cada nodo directamente o empodera a la atención de primer nivel para que parte del presupuesto de actividad del hospital sea “comprado” por ésta. Cada una de estas decisiones no es neutra y en gran medida determinarán el resultado final. Los aspectos macro, meso y micro más relevantes para el financiamiento de un hospital en red, se resumen en la Tabla 3.3.

Finalmente, no hay que olvidar que el hecho esencial para el logro de alineamiento en lógica de sistema integrados, es el ligar remuneraciones (o sus incrementos), especialmente de los médicos, a desempeño (*performance*) y cumplimiento de metas.



Tabla 3.3. Aspectos esenciales para el financiamiento de hospitales en red

Ámbito	Red	Hospital
Macro	<p>Plan de salud país con objetivos sanitarios precisos y relacionados con presupuestos específicos.</p> <p>Modelo de atención que tenga como eje a la APS, lo que debe traducirse en una proporción consistente y creciente del gasto público en salud hacia el primer nivel de atención (o direccionado desde el primer nivel).</p> <p>Asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que traspasen equilibradamente el riesgo.</p> <p>Reglas de financiamiento enfocadas más en los resultados (impacto) en salud que en número de prestaciones y basarse más en la demanda priorizada de la población y de las acciones más costo efectivas para enfrentarlas, que sólo en financiar oferta.</p>	<p>Financiamiento alineado en favorecer que los hospitales otorguen las atenciones que la red le demande según las necesidades priorizadas de la población, con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir tratamientos y/o procedimientos diagnósticos costo efectivos por efecto de asignaciones insuficientes.</p>
Meso	<p>Sistema de pago integral entre financiador (planificador) y proveedores en red, a fin de lograr los objetivos de la planificación macro.</p> <p>Sistema de pago capitolativo corregido por los elementos clásicos (estructura demográfica, niveles de pobreza, ruralidad) y aplicar una serie de incentivos o penalizaciones con relación a los objetivos que se persiguen (cuando se logran metas sanitarias o de gestión relevantes).</p>	<p>Transferencias prospectivas en base a resultados comprometidos, productividad y complejidad.</p> <p>Mezcla de mecanismos de pago en los cuales se pague la actividad regular del establecimiento tal como hospital general y ciertas patologías específicas, de menor frecuencia y alto costo, sobre la base de resultados (cáncer, trasplantes, cirugías de ultra especialización, etc.).</p>
Micro	<p>Generación de compromisos o contratos de gestión asociados a cumplimiento de metas de red.</p> <p>Capacidad de realizar control de gestión.</p> <p>Capacidad de generar incentivos o castigos según desempeño.</p>	<p>Capacidad de levantar de “abajo-arriba” negociaciones –basadas en la confianza- con equipos clínicos y establecimientos en torno a metas versus requerimientos.</p> <p>Capacidad de traducir los objetivos de red a compromisos de gestión clínica, generando incentivos a la productividad, de forma de lograr alineamiento de los equipos clínicos, especialmente de los médicos, por el liderazgo que ellos ejercen en los equipos.</p>



Comentarios

Los hospitales, especialmente los públicos, suelen tener serios problemas de agencia que se traducen en falta de alineamiento con la estrategia sectorial y por tanto desintegración, pérdidas de eficiencia y de calidad. Ante los problemas de agencia y con el objeto de mejorar la capacidad de poner por delante las necesidades de las personas usuarias, teniendo resguardos del buen uso de los recursos utilizados en ello, es que se ha visto con creciente interés la tendencia mundial de incrementar las competencias de buen gobierno de las organizaciones.

Para que las redes funcionen debe haber gobierno de red y clara separación de las competencias de dirección con las de ejecución. Estas competencias, al estar fuertemente establecidas en arreglos institucionales, permiten alineamiento estratégico, integralidad y continuidad de la atención aún en la diversidad de actores. La definición, mandato y control del “quehacer” sanitario es rol ineludiblemente de un órgano directivo de la red y su ejecución puede estar descentralizada en entidades con capacidad de autogestión en red. Sin duda que una tarea de políticas públicas en salud prioritaria para los próximos años en LAC, es la instalación de gobierno en nuestros sistemas, que dado el contexto de cambio continuo y la diversidad de actores, ya no puede pensarse nostálgicamente en el antiguo paradigma de la sola integración vertical y los modos autoritarios jerárquicos del pasado.

Las tecnologías de la información -Tics- son potentes instrumentos de integración. Ejemplos abundan en el área de soluciones informáticas en los ámbitos de manejo de datos, interoperabilidad y comunicaciones: ficha clínica electrónica; agendas en línea; telemedicina, utilización de dispositivos móviles para mantener contacto entre los centros de atención y los usuarios y un largo etcétera que cambia día a día acorde con la velocidad de la innovación de la tecnología actual. Todas estas soluciones pueden constituirse en ayudas potentes, en la medida que efectivamente los procesos estén integrados desde las personas, sus hábitos de trabajo y formas de organización. Las tecnologías de la información, aceleran y facilitan procesos bien diseñados, así mismo nos amplifican los fallos, ya que es evidente que no integran mágicamente. Las Tics implican además mucho gasto de energía en gestión del cambio. Suele haber fracasos cuando no se han mejorado previamente los procesos y no se han previsto los esfuerzos en implementación. De cara a las necesidades de los usuarios construir redes tecnológicas es un desafío pragmático, pero, tejer redes humanas es un imperativo tanto épico como práctico.

En asignaciones e incentivos uno de los principales desafíos que tenemos es



construir un modelo de financiamiento que esté alineado con los siguientes aspectos: primero, con un plan de salud país con objetivos sanitarios precisos y relacionados con presupuestos específicos; segundo, con un modelo de atención que tenga como eje a la Atención Primaria de Salud y basado en el primer nivel de atención lo que debe traducirse en una proporción consistente y creciente del gasto público en salud; tercero, con asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que traspasen equilibradamente el riesgo; cuarto, con el hecho de favorecer que los hospitales otorguen las atenciones que la red le demande sobre la base de las necesidades priorizadas de la población, con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir tratamientos y procedimientos diagnósticos costo efectivos por efecto de una asignación de recursos insuficientes. Por ello, estos recursos deben ser asignados con la tecnología que permita dar, en esta lógica, estabilidad financiera a un hospital y satisfacer los costos esperados de atención, pero que, a su vez, obligue al hospital, a ser responsable y eficiente en el uso de los recursos asignados (pago por desempeño).

A nivel macro, las reglas de financiamiento deben pensar más en los resultados (impacto) en salud que en el número de prestaciones y basarse más en la demanda priorizada de la población y de las acciones más costo efectivas para enfrentarlas, que tan solo en financiar oferta. A nivel meso, se debe establecer un sistema de pago integral entre financiador (planificador) y proveedores en red, a fin de lograr los objetivos de la planificación macro. El sistema ideal es la capitación, ya que permite establecer puentes entre proveedores a fin de lograr los objetivos esperados. A nivel micro, se deben traducir los objetivos deseados a compromisos de gestión clínicos integrados en red, generando incentivos a la productividad dentro de las metas asignadas desde las redes, de forma de lograr claro alineamiento de los equipos clínicos, especialmente de los médicos por el liderazgo que ellos ejercen en los equipos.

Como mecanismo de asignación a las redes parece atractivo establecer un sistema de pago capitolativo corregido por los elementos clásicos (estructura demográfica, niveles de pobreza, ruralidad) y aplicar una serie de incentivos “plus” (o penalizaciones) con relación a los objetivos que se persiguen (como pagar adicionales cuando se obtienen metas sanitarias prioritarias sea en impacto sanitario, en manejo de listas de espera, en cumplimiento de protocolos, etc.; cuando se superan metas relacionadas con pertinencia en la resolución de los problemas, cumplimiento de referencias y contra referencias, metas de gestión, etc.). Este mecanismo de asignación que se ha fundamentado en el capítulo, parece no comportarse bien cuando, motivo de un mercado inadecuadamente regulado, se generan incentivos perversos como se pudiera estar dando, según se relata en el capítulo cinco, en el caso colombiano.



Con respecto a los hospitales, deben diferenciarse los hospitales generales que atienden a usuarios exclusivamente de su red, los cuales deben recibir transferencias prospectivas sobre la base de su productividad y complejidad, de los hospitales de derivación y que atienden a varias redes. En este último caso, pareciera conveniente una mezcla de mecanismos de pago en los cuales se pague la actividad regular del establecimiento tal como hospital general y ciertas patologías específicas, de menor frecuencia y alto costo en base a resultados (cáncer; trasplantes, cirugías de ultra especialización).

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

En la instalación de una agenda para enfrentar los desafíos hospitalarios en lógica de RISS, además de los Ministerios de Salud, de las universidades y de instituciones supranacionales tales como la OPS, debería ser relevante el rol de las Federaciones y Asociaciones Nacionales e Internacionales de Administradores y de Hospitales. Estas últimas son agrupaciones de profesionales o de organizaciones, unidas tras objetivos relativos a la administración y gestión de hospitales y servicios de Salud. En Latinoamérica, se observa desde hace varios años el desarrollo de diversas instituciones enfocadas a estos temas a través de la organización de eventos (congresos, seminarios, publicaciones) nacionales e internacionales y asesorías a autoridades locales y nacionales de salud. Estas actividades buscan generar espacios de intercambio de experiencias, generación de conocimientos e instalar opinión en las agendas nacionales e internacionales. Por lo anterior será clave que estas organizaciones se comprometan a apoyar espacios propicios para la instalación del concepto RISS en los distintos actores tanto locales como regionales.



Referencias

- 1 Moore Mark H., “Gestión Estratégica y Creación de Valor en el Sector Público”, Ed. Paidós, 1999, Buenos Aires.
- 2 Wigodski, S. y Zúñiga, F. “Gobierno Corporativo en Chile después de la ley de OPAS”, Univ. De Chile, Santiago, 2003.
- 3 Australian National Audit. Office. “Public sector Governance and the Individual Officer, paper N° 1, Better Practice Guide, Australia. Barret, Pat 2003 “Achieving Better Practice Corporate Governance in the Public Sector” AM Auditor General for Australia
- 4 Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs* 2001; 20:11-29.
- 5 Green RA, Beckman HB, Mahoney T. Beyond the efficiency index: finding a better way to reduce overuse and increase efficiency in physician care. *Health Affairs* 2008; 27:w250-w259.
- 6 González B. El cambio tecnológico en sanidad. Determinantes, efectos y políticas. En: González López-Valcárcel B, ed. *Gestión de la innovación y difusión de tecnología en sanidad*. Barcelona: Masson; 2005:35-74.
- 7 Pinilla J. Comparando costes y beneficios a largo plazo del progreso tecnológico en sanidad. El caso de las afecciones con origen en el periodo perinatal. En: González López-Valcárcel B, ed. *Gestión de la innovación y difusión de tecnología en sanidad*. Barcelona: Masson; 2005:75-98.
- 8 Simó J. Financiación del hospital y de la Atención Primaria españoles. En: *Expectativas y realidades en la Atención Primaria española*. Madrid: Fundación 1° de Mayo: 2010.
- 9 Bernal E, Ortún V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit* 2010; 24:254-8.
- 10 Banta HD, Luce BR. *Health care technology and its assessment. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
- 11 Institute of Medicine. *Assessing medical technologies*. Washington, DC: National Academy Press; 1995.
- 12 Phelps CE. Diffusion of information in medical care. *J Econ Perspectives* 1992; 6:23-42.
- 13 Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. *Health Affairs* 1984; 3:6-31.
- 14 Cutler DM, McClellan M, Newhouse JP. How does managed care do it? *RAND J Econ* 2000; 31:526-48.
- 15 Weisbrod BA. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care, and cost containment. *J Econ Liter* 1991; 29:523-52.
- 16 López-Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit* 2009; 23:458-61.
- 17 Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- 18 Garatini S, Chalmers I. Patients and the public deserve big changes in evaluation of drugs. *BMJ* 2009; 338:804-6.



- ¹⁹ Eichler HG, Bloechl-Daum B, Abadie E, Barnett D, König F, Pearson S. Relative efficacy of drugs: an emerging issue between regulatory agencies and third-party payers. *Nature Rev* 2010; 9:277-91.
- ²⁰ Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83:59-70.
- ²¹ Tunis SR, Pearson SD. Coverage options for promising technologies: Medicare's 'Coverage with evidence development'. *Health Affairs* 2006;25:1218-30.
- ²² Ortún V. El impacto de los medicamentos en el bienestar. *Gacet Sanit* 2008; 22(Supl 1):111-7.
- ²³ Ortún V, Rodríguez F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990; 95:385-8.
- ²⁴ Ortún V, Casado D, Sánchez JR. Medidas de producto y producción en atención primaria. Documentos de Trabajo de la Fundación BBV. Madrid: Fundación BBV; 1999.
- ²⁵ Puig-Junoy J. Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:483-95.
- ²⁶ Tanenbaum SJ. What physicians know? *NEJM* 1993; 329:1268-71.
- ²⁷ González B. La difusión de tecnologías sanitarias en atención primaria: Repercusiones económicas. En: *Expectativas y realidades en la Atención Primaria española*. Madrid: Fundación 1º de Mayo; 2010.
- ²⁹ Lumbreras B, Hernández-Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. *Gac Sanit* 2008;22(Supl 1):216-22.
- ³⁰ Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006; 27:167-94.
- ³¹ National Institute for Health and Clinical Excellence (2005) *Social value judgements: principles for the development of NICE guidance*. 2nd ed. www.nice.org.uk/media/873/2F/SocialValueJudgementsDec05.pdf
- ³² López-Casasnovas G. Veinticinco tópicos sobre desigualdades en salud y en servicios sanitarios. *Gestión Clín Sanit* 2007; 9:132-6.
- ³³ Jayadev A, Stiglitz J. Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices. *Health Affairs* 2008; 28:w165-w168.
- ³⁴ McKeown T, Record RG. Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the 19th century. *Population Studies*; 16:94-112.
- ³⁵ Fogel RW. New findings on secular trends in nutrition and mortality: some implications for population theory. En: Rosenzweig MR, Stark O, compiladores. *Handbook of population and family economics*. Amsterdam: Elsevier; 1997.
- ³⁶ Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 3rd. Ed. New York: The Free Press; 1983.
- ³⁷ Hollis A. Me-too drugs: is there a problem? Mimeo, disponible en http://www.who.int/intellectualproperty/topics/ip/Me-tooDrugs_Hollis1.pdf
- ³⁸ Angell M. *The truth about the drug companies*. New York: Random House; 2004.
- ³⁹ International Conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use. Choice of control and related issues in clinical trials E10. Current step 4 versions dated July 2000. ICH website [online]. <http://www.ich.org/media/MEDIA486.pdf>
- ⁴⁰ Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324:886-90.
- ⁴¹ Alonso-Coello P, López A, Guyatt G, Moynihan R. Drugs for pre-osteoporosis: pre-



- vention or disease mongering? *BMJ* 2008; 336:126-9.
- 42 Helfand M. Web exclusive White Paper Series on diagnostic test evaluation. *Med Decision Making* 2009; 29:634-5.
- 43 Lijmer JG, Leeflang M, Bossuyt PMM. Proposal for a phased evaluation of medical tests. *Med Decision Making* 2009; 29:E13-21.
- 44 Trikalinos TA, Siebert U, Lau J. Decision-analytic modeling to evaluate benefits and harms of medical tests: uses and limitations. *Med Decision Making* 2009; 29:E22-9.
- 45 Bossuyt PMM, McCaffery K. Additional patient outcomes and pathways in evaluations of testing. *Med Decision Making* 2009; 29:E30-8.
- 46 Lord SJ, Irwing L, Bossuyt PMM. Using the principles of randomized controlled trials design to guide test evaluation. *Med Decision making* 2009; 29:E1-12.
- 47 Solomon DH, Hashimoto H, Daltroy L, et al. Techniques to improve physician's use of diagnostic tests. *JAMA* 1998;280:2020-7.
- 48 Douw K, Vondeling H, Eskidsen D, Simpson S. Use of the Internet in scanning the horizon for new and emerging health technologies: A survey of agencies involved in horizon scanning. *J Med Internet Res* 2003; 5:e6.
- 49 Elshaug A, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy processes for disinvestment from existing ineffective health care practices. *Aust New Zealand Health Policy*. 2007; 4:23.
- 50 Van Walraven C, Naylor CD. Do we know what inappropriate laboratory utilization is? A systematic review of laboratory clinical audits. *JAMA* 1998;280:550-8.
- 51 Gómez N, Hernández-Aguado I, Lumbreras B. Estudio observacional: evaluación de la calidad metodológica de la investigación diagnóstica en España tras la publicación de la guía STARD. *Med Clin (Barc)* 2009;133:302-10.
- 52 Editorial. Biomarkers on a roll. *Nature Biotechnol* 2010; 28:431.
- 53 Mattes WB, Gribble E, Abadie E, et al. Research at the interface of industry, academia and regulatory science. *Nature Biotechnol* 2010; 28:432-3.
- 54 Sistare FD, Dieterle F, Troth S, et al. Towards consensus practices to qualify safety biomarkers for use in early drug development. *Nature Biotechnol* 2010; 28:446-54.
- 55 Blumenthal D, Tavenner M. The "meaningful use" of electronic records. *NEJM* 2010; 363:501-6.
- 56 Parente ST, McCullough JS. Health information technology and patient safety: evidence from panel data. *Health Affairs* 2009; 28:357-60.
- 57 Pearson SA, Moxey A, Robertson J, et al. Do computerized clinical decision support systems for prescribing change practice? A systematic review of the literature (1990-2007). *BMC Health Services Research* 2009; 9:154.
- 58 Campillo C. Fracturas en la informatización de los servicios de salud. *Gac Sanit* 2008; 22:371-7.
- 59 International Society of Drug Bulletins. ISDB Declaration on therapeutic advance in the use of medicines. Paris: ISDB; 2001.
- 60 Baker D. The benefits and savings of publicly funded clinical trials of prescription drugs. Center for Economic Policy and Research Working Paper, March 2008. Disponible en: <http://www.cepr.net/inde.php/publications/reports/the-benefits-and-savings-of-publicly-funded-clinical-trials-of-prescription-drugs>
- 61 Campillo C, Peiró S. Enfermedades raras, medicamentos huérfanos: el valor de la orfandad. *Gestión Clín Sanit* 2009; 4:119-27.



- 62 Kaul S, Diamond GA. Good enough: A primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. *Ann Intern Med* 2006; 145:62-9.
- 63 Committee for medicinal products for human use, European Medicines Agency. Guideline on the choice of the non-inferiority margin. London: CHMP; 2005.
- 64 Martin DF, Maguire MG, Fine SL. Identifying and eliminating the roadblocks to comparative-effectiveness research. *NEJM* 2010; 363:105-7.
- 65 Ruiz S, Abad-Santos F. Regulación y evaluación de los ensayos clínicos de terapia celular. *Med Clin (Barc)* 2010; 135:35-9.
- 66 Jódar R, Perayre M. Biosimilares. *Butlletí d'informació terapèutica* 2008; 20:43-8.
- 67 Robinson JC. Insurers' strategies for managing the use and cost of biopharmaceuticals. *Health Affairs* 2006; 25:1205-17.
- 68 Puig-Junoy J. Genéricos: el precio de ser referencia. *Gestión Clín Sanit* 2004; 6:47-51.
- 69 Meneu R. El impacto de las tecnologías de información y comunicación en los profesionales y usuarios de la sanidad. En: Ortún V, ed. *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Colección Economía de la salud y gestión sanitaria. Barcelona: Masson; 2003:89-142.
- 70 Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: The nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Informatics Assoc* 2004; 11:104-112.
- 71 Wachter RM. Patient Safety At Ten: Unmistakable progress, troubling gaps. *Health Affairs* 2010; 29:1-9.
- 72 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8:1-72.
- 73 Campillo C. Algunas vertientes *prácticas* de las guías de práctica clínica. *Gac Sanit* 2005; 19:398-400.
- 74 Shekelle PG, Lim YW, Mattke S, Damberg C. Southern California Evidence-based Practice Centre, RAND Corporation. Does public release of performance results improve quality of care? A systematic review. London: The Health Foundation; 2008.
- 75 Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, et al. Changing provider behavior. An overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39: II-2-II-45.
- 76 Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317:465-8.
- 77 Campillo C. When observed effectiveness is lower than expected: a health services research perspective. [Enviado a publicación a *Health Policy*, 2010.]
- 78 Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1999.
- 79 Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324:135-41.
- 80 Dixon J. Funding is not the only factor. *BMJ* 2002; 324:142.
- 81 Berwick DM. Same price, better care. *BMJ* 2002; 324:142.
- 82 Enthoven AC. Competition made them do it. *BMJ* 2002; 324:143.
- 83 Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003; 327:1257-61.
- 84 Jha AK, Perlin J, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans



- Affairs health care system on the quality of care. *NEJM* 2003; 348:2218-27.
- 85 Kizer KW. The “new VA”: a national laboratory for health care quality management. *Am J Med Qual* 1999; 14:3-20.
- 86 Shortell SM, Casalino L, Fisher ES. How the Center for Medicare and Medicaid Innovation should test Accountable Care Organizations. *Health Affairs* 2010; 29:1293-8.
- 87 McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs* 2010; 29:982-90.
- 88 Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary Care and Accountable Care. Two essential elements of delivery-system reform. *NEJM* 2009; 361:2301-3.
- 89 Shortell SM, Casalino LP. Implementing qualifications criteria and technical assistance for accountable care organizations. *JAMA* 2010; 303:1747-8.
- 90 Observatorio de políticas de salud, Fundación 1º de Mayo. Expectativas y realidades de la Atención Española. Madrid: Fundación 1º de Mayo; 2010.
- 91 Agustí, Enric, Salvador Xavier. Sistemas de pago, bases teóricas, en: Los sistemas de pago de la sanidad pública en Cataluña, 1981-2009 Evolución histórica y perspectivas de futuro. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/sistemes_pagament_castella.pdf
- 92 Waters HR, Hussey P. Pricing health services for purchasers -a review of methods and experiences; *Health Policy* 2004;70:175-184
- 93 Camilo Cid, Alfredo Román, Neel Butala Rodrigo Castro (2006) “Changing Health Care Provider Incentives to Promote Prevention: The Chilean Case. *Harvard Health Policy Review*. Vol 7, N°2, Fall 2006, pg. 102 to 112.
- 94 El Ajuste de Riesgos en el Mercado Sanitario. Manuel García Goñi. Departamento de Economía Universidad Carlos III Madrid. XXIV Jornadas de Economía de la Salud El Escorial, 28 de mayo de 2004.
- 95 Vicente Ortún, Guillem López, Jaume Puig y Ramón Sabés. El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones. Publicado en *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* n° 35, marzo 2001, páginas 8-16.
- 96 Cid C, Wasem J (2006). “Diagnoses-based risk adjusted capitation payments in chilean health care system” Presentación en Primer Congreso latinoamericano de economía de la salud, Buenos Aires, Octubre de 2006. Publicado en Libro del congreso.
- 97 Joseph P. Newhouse. Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum. The MIT Press. Cambridge. Massachusetts. London, England. 2002. Book.
- 98 Ibern P, Ortún V, Meneu R, García Goñi M (2007). “Sistema de pago de los egresos hospitalarios”. Informe para FONASA-MINSAL. CRES Universidad Pompeu Fabra.
- 99 Agustí E, Casas E, Brosa F, Argimon JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. A: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- 100 Brosa, Francesc. El plan piloto de compra en base capitativa, en: Los sistemas de pago de la sanidad pública en Cataluña, 1981-2009. Evolución histórica y perspectivas de futuro. Disponible en: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/sistemes_pagament_castella.pdf
- 101 Argimon JM, Brosa F, Casas C, Agustí E. Smart Purchasing – Selektives Kontrahieren in Spanien. A: Amelung, Deimel, Reuter, van Rooij, Weatherly (ed.). *Managed Care in Europe*. MWV, Berlín, 2009.
- 102 Ibern P, Calsina J. Más enllà de la separació de funcions: les organitzacions sanitàries



integrades. [Beyond suppliers and providers: integrated health organisations] Fulls Econòmics del Sistema Sanitari: 2001; 35:17-20.

¹⁰³ Ortún V, López G, Puig J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions [Capitation-based health-care purchase. Strengths and weaknesses]. Fulls econòmics del Sistema Sanitari. 2001; 35: 8-16.



Capítulo 4

GESTIÓN DEL CAMBIO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL PARA UN MODELO EN REDES

Introducción

El hospital es una organización cada vez más compleja, dada su creciente requerimiento de relaciones de interdependencia en sus procesos esenciales. Los procesos asistenciales no comienzan ni terminan entre los muros del hospital, por tanto no sólo se requiere de una cultura de interdependencia entre distintos equipos y unidades al interior del propio establecimiento, sino, por sobre todo, de una cultura, de un hábito, de entender la necesidad de trabajar cooperativamente con otros dispositivos de la red -particularmente con la atención de primer nivel- como hecho esencial para responder a los requerimientos actuales de los usuarios. Este capítulo, en este contexto, reflexiona sobre cómo construir –desde la cultura- nuestras organizaciones hospitalarias en lógica de red, para hacer de ellas fuentes de servicio de excelencia para los usuarios y de desarrollo humano para quienes allí trabajan y, a su vez, revisa los fundamentos que explican la necesidad de consolidar una comprensión por parte de las personas que trabajan en los hospitales de un hábito de la cooperación y la interdependencia.

El enfrentamiento de la complejidad es a través de aprendizaje adaptativo. El aprendizaje, constitutivo de lo humano, es resultado de una construcción social en el convivir en la vida cotidiana de hacer hospital¹. Desde nuestras fortalezas y nuestra capacidad de innovar y emprender, tenemos el desafío de transformar nuestros hospitales -para hacerlos funcionales a una mirada de red- desde quienes los constituyen: las personas que en ellos trabajan.

1. El hospital en red

El objeto del hospital, generar impacto sanitario y agregar valor, se logra en mayor o menor medida, en cuanto como sistema, es parte de otros sistemas mayores, entendiendo el “ser parte” como acciones conjuntas coordinadas y sinérgicas entre dichos sistemas. A esta relación entre sistemas se le ha llamado “redes integradas de servicios de salud”.

Los hechos señalan que los avances en la instalación de una cultura de gestión asistencial en red son aún insuficientes por múltiples factores, que entre otros, guardan relación con un modelamiento fragmentado de los sistemas de salud, formas de gobernanza no favorecedoras de la integración asistencial, falta de mecanismos de pago e incentivos que orienten estratégicamente a la continuidad asistencial y a aspectos culturales muy arraigados en la historia de los sistemas sanitarios que radican poder y prestigio en los centros hospitalarios.

El discurso de integralidad en el continuo asistencial, no se ha instalado en las conversaciones del diario convivir de quienes trabajan en los hospitales y, por ende, de quienes toman decisiones en lo cotidiano. Ello explica que la cultura organizacional -más bien caracterizada por prácticas de baja confianza, conectividad, negatividad y resignación- no favorezca relaciones que incentiven acciones conjuntas efectivas que permitan consolidar redes integradas.

La historia es determinante en la comprensión de las organizaciones. La historia hospitalaria, junto con el paradigma de la beneficencia, está fuertemente marcada por su autosuficiencia y aislamiento. Lo importante es lo que sucede intra muros. Esta mirada, es replicada por cada unidad en que se subdivide el establecimiento, comportándose cada una de ellas como “*feudos*”. Esta autosuficiencia está basada en la “autonomía” clásica del quehacer médico. Autonomía que se explica, además de aspectos culturales y de clase²³, por la antigua práctica liberal de la profesión médica y la escasa interdependencia que otrora dicho profesional requería para enfrentar las necesidades de su clientela. Hoy, dicho paradigma, en la complejidad de la tarea de las empresas de salud, ha hecho crisis terminal. Lo evidente es que la cultura hospitalaria aún mantiene estos enfoques atávicos, lo que se traduce en una escasa capacidad de adaptación a las necesidades de sus usuarios y sigue observando los procesos asistenciales como “comenzando y terminando”, no tan sólo dentro del establecimiento, sino en el ámbito de un órgano o sistema enfermo.

Dado que se ha ido generando gradual conciencia de lo importante que es la agregación de valor para la sostenibilidad de la organización, se ha ido instalando la importancia de “ver” al usuario. El observar al usuario como



ciudadano revestido de derechos es un proceso en instalación inicial, siendo aun más poderosa la observación de quienes nos consultan como “*paciente*” desde la lógica de la beneficencia.

Sólo muy recientemente en el sector público de salud se ha comenzado a hablar de “necesidades del usuario” y a verlo como ciudadano con derechos y deberes. Cuando se habla de “necesidades” se abren múltiples posibilidades, tales como comprender que el sujeto que recurre a los servicios no sólo quiere ser atendido oportuna y eficazmente, sino que también se lo vea como un legítimo otro (y no como un portador de un órgano o pieza defectuosa), que requiere no sólo de información, respeto y cuidados que van más allá de los puramente médicos, sino que también participar activamente de los propios procesos que guardan relación con su salud y con las determinantes sociales y culturales que los causan, lo que obliga a efectuar una mirada más allá de los muros del hospital, entendiendo también como “legítimos otros” a otros actores del sistema sanitario.

Hasta hoy, tanto la débil mirada de gestión en redes de los procesos asistenciales por parte de la cultura hospitalaria, como la primacía de una mirada paternal/asistencialista de los fenómenos, explican en parte que sigamos “*tratando bien a las enfermedades y mal a las personas*”.

Para que el hospital logre agregación de valor, no sólo debe ver las “necesidades de sus usuarios” en perspectiva de red, sino que también ver “las inquietudes de quienes prestan los servicios”. La agregación de valor sucede en un espacio relacional, en el contacto persona-persona, por mucho que intervengan sofisticados elementos tecnológicos. Como veremos más adelante, en la capacidad de cada trabajador y trabajadora de la salud de tomar adecuadas decisiones, y acercarnos al usuario como un legítimo otro en el *multiverso* que significan las acciones sanitarias, como una concatenación de coordinación de acciones entre múltiples puntos, nodos, o sistemas (redes), estriba una mayor o menor valoración, por parte de la ciudadanía, de las acciones del hospital y del sistema sanitario en su conjunto.

Por lo anterior, se explican los recientes esfuerzos, aún embrionarios, de colocar el foco en: i) integrar los procesos asistenciales como una cadena de pasos interdependientes y cooperativos, que suceden en conversaciones (mediante el lenguaje) entre personas de distintas unidades de la organización y de fuera de ella; ii) potenciar la capacidad de aprender de las personas que trabajan en la red y por tanto de producir un contexto adaptativo generativo, que posibilite a éstas escuchar al usuario y producir continua innovación, que, por una parte, colabore a resolver las expectativas del usuario y, por la otra, permita



desarrollar el potencial de los propios trabajadores de la organización; iii) promover que se incorpore al debate cuestiones de “gobernanza hospitalaria en red”, que por un lado avancen en la genuina expresión del “propietario” de una empresa hospitalaria y, por otro, consoliden adecuadas fórmulas de participación real de los usuarios en las distintas instancias de la vida cotidiana de los establecimientos, transparentando y regulando los conflictos de poder al interior de los establecimientos, y entre éstos y los distintos dispositivos de la red asistencial.

Esta última mirada a los procesos, obliga a considerar como desarrollos esenciales para la organización/hospital, a las personas más allá de lo financiero y tecnológico y por ello, las competencias para desarrollar el talento humano.

2. El hospital en red y la metáfora de la máquina y el organismo

Una importante distinción guarda relación con cómo comprendemos a la organización hospital, si como máquina o como un organismo⁴. La metáfora de la máquina guarda relación con el enfoque mecanicista, la gestión racional, la eficiencia técnica del funcionamiento de diversas piezas para el logro de ciertas metas. En este enfoque el determinismo tecnológico encuentra su fundamento y la intervención tecnocrática, su legitimación. En la metáfora de organismo que hace analogía con los sistemas biológicos, el énfasis está en las relaciones (las interfaces). Se pasa de una gestión autoritaria, que suele tener la ilusión de que podía gestionar desde afuera hacia dentro y desde arriba hacia abajo, que pensaba eliminar todos los errores e incertezas, a una mirada más comprensiva “de lo humano”, considerando los valores, historias y narrativas, como elementos estructurales de la organización, entendida como constructo social. Son dichos símbolos y valores los que dan identidad a una organización.

Cuando uno mira a la organización como organismo, se abre a ver que cada persona tiene sus propios objetivos, que las personas y su organización son capaces de importar energía desde la realización de transacciones con el medio, que los errores de una parte pueden ser compensados por las otras a través de acción conjunta y que pueden acompañarse autogobierno y cooperación. Desde esta última mirada, entendemos que vivimos en un mundo circular de relaciones e interdependencia; que ante la incertidumbre, la planificación se hace un proceso en constante re-evaluación. Comprendemos entonces, por sobre comprensiones reduccionistas, a las organizaciones desde la primacía de la totalidad con una mirada sistémica y entendemos que la inteligencia y el conocimiento residen en todo el sistema de manera preferentemente homogénea.



Desde la mirada de organismos, se puede entender al hospital como parte de un sistema vivo, compuesto por personas, con el objeto de servir a otras personas. Así se puede abandonar el paradigma del hospital -más precisamente de la cama hospitalaria- en el centro, a uno donde el usuario es el centro de un espacio multidimensional de múltiples dispositivos o “nodos” distribuidos que se relacionan por un objeto común: necesidades prioritarias de salud de las personas.

3. Las personas como razón de ser del hospital en red

Una mirada sistémica, pone el énfasis en las relaciones y en el ser humano, no como un recurso de la organización, sino como “la” organización. Es por eso que la realidad no solo la explica a través de la razón y la evidencia científica, sino que también la “interpreta” según cuántos observadores existan en la organización (no hay “una verdad”, sino tantas verdades como seres humanos conforman la organización), y la “comprende”, en cuanto la realidad se “siente” corporalmente. Sólo lo que se siente “con y en” el cuerpo se “*encarna*”. Es el aprendizaje *encarnado* lo que transforma. Siendo “la realidad” un constructo social, es bueno recordar el teorema de Thomas que señala que si se define relacionalmente una imagen de la realidad, esa imagen tiene efectos reales, adecuando las conductas a esa situación¹.

Cada ser humano como observador⁵ único y diverso, ve el mundo según su interpretación en el lenguaje. En el interpretar es determinante la historia de la persona y su contexto social (su convivir en relación), así como el tono emocional en que se encuentra. Entender a cada trabajador o trabajadora del hospital como un observador distinto, nos abre las posibilidades de superar verdades instituidas jerárquicamente y desde afuera, por co-construcciones desde la convivencia.

Los grandes aportes de Maturana y Varela⁶ a las organizaciones, guardan relación con la comprensión de que el lenguaje humano genera mundos nuevos. El lenguaje surge de las inquietudes de las personas. El lenguaje, solo tiene sentido en cuanto coordina acciones entre personas y esa coordinación es capaz de construir para dar cuenta de una inquietud.

De lo anterior se desprende que, para dar cuenta en red de la complejidad una organización hospitalaria, requerirá enfocarse en las personas, sus inquietudes

¹ William Isaac Thomas, 1929: “Si las personas definen una situación como real, será real en sus consecuencias”.



y su capacidad de coordinar acciones.

El hospital, como organización formal sustentada en un medio y con requerimientos de gobierno y ciudadanos, debe perfeccionar sus procesos esenciales. Ello sólo se puede lograr a través de las interacciones que se producen entre las personas, entendiéndolas en su contexto histórico y social. Interacciones que serán efectivas en cuanto tengan “sentido de conjunto”. La mirada de máquina no escucha las inquietudes de las personas, por tanto no entiende los motivos de las conductas humanas. Una organización como comunidad humana, es capaz de pensar socialmente con sentido estratégico y lograr ese estado en que los seres humanos nos apasionamos, encontramos sentido a nuestras vidas, nos sentimos escuchados y deseosos de escuchar, nos sentimos competentes y útiles y nos sentimos parte de un equipo y de una sociedad.

Para lo anterior, es esencial que quienes trabajan al interior del hospital se escuchen como legítimos otros, necesarios en la cooperación para resultados de calidad, a través de conversaciones efectivas para la acción conjunta. Para ello conspira la compartimentación habitual del hospital; la existencia de varias culturas que de alguna manera replican la estructura de clases y de poder de la sociedad y la tendencia a coaptar y/o capturar a la organización por parte de *incumbentes* o grupos de interés. La primera barrera para la acción conjunta es la generación de contexto entre directivos, jefes clínicos y grupos de poder internos que suelen ir desalineados, justamente por una historia y una cultura de “partes” (máquina) y no de sistema.

4. El hospital en red actuando en tiempos de complejidad

Para los hospitales y sus redes, estos son tiempos de incertidumbre y complejidad. En ese contexto, la administración debe ejercer sus funciones clásicas (planificar, organizar, conducir, liderar, controlar y evaluar) en el ámbito de la escasez ya que en salud siempre las demandas serán superiores a los recursos disponibles, en el terreno de las conversaciones (donde se juega la calidad de nuestros productos) y del talento como generador de innovación y aprendizaje adaptativo.

En esta concepción, la administración de la organización hospital no es tarea solo de los directivos superiores, sino de todo el personal en su convivir. Justamente para descentralizar el poder y hacer de la administración una tarea compartida, los procesos de reforma deben generar contexto para la gestión en red desde actividades que se van progresivamente integrando o “*enredando*”.



La descentralización (autogestión de los equipos clínicos) hoy es esencial para acercar la toma de decisiones a las personas, siempre que esta no implique fragmentación o desintegración de los sistemas. La clave hacia el futuro radica en lograr descentralización (autogobierno) en paralelo se aumenta la capacidad de cooperar (interdependencia). Descentralizar sin red es atomizar y esto, ya lo sabemos, afecta a los usuarios, especialmente los más pobres. No descentralizar y pretender organizar las redes sobre la base de “comando y control” no da cuenta de la pluralidad y diversidad hoy existente y menos aún de que hoy no es posible gestionar desde “afuera o arriba”. Es así que el gran cambio cultural que debemos promover, es asumir que, producto del explosivo aumento del conocimiento y de la exponencial complejización de la tarea asistencial, debemos responder con un aumento aún mayor de competencias y capacidades para la cooperación. Solo así la descentralización hasta el equipo clínico puede convertirse en un instrumento eficaz en el enfrentamiento de la complejidad para el aumento del impacto sanitario de los grandes hospitales, agregando valor en la ciudadanía.

La descentralización debe entenderse entonces como un proceso continuo, en que los establecimientos, especialmente aquellos de mayor complejidad, adquieren gradual y progresivamente una serie de competencias para que, a través del autogobierno clínico y la cooperación, logre lo señalado anteriormente. Se entiende autogobierno clínico como la co-responsabilidad de los equipos clínicos (metas de producción y calidad, versus recursos), para la agregación de valor a través de mejoras constantes de sus procesos, en un contexto de interdependencia y cooperación entre los distintos equipos y de estos con otros establecimientos y dispositivos (lógica de sistemas integrados).

Así entendida, la descentralización en el contexto de responsabilización de los establecimientos de una serie de condiciones formales establecidas por el gobierno de la red (ver capítulo tres), es un camino que puede abrir posibilidades a los establecimientos para establecer una cultura del servicio a los usuarios basada en la excelencia del servicio, desde una participación generativa. Esto último implica que las facultades descentralizadas o desconcentradas deben orientarse hacia la entrega de poder a los equipos (*horizontalización* de la organización) y a la generación de cambios estructurales y culturales que permitan conversaciones efectivas para la articulación tras objetivos comunes y compartidos, el aprendizaje y la innovación. Conversaciones entre quienes prestan los servicios y de estos con los usuarios, como actores todos de un mismo hacer realidad en el convivir.

Los hospitales son sistemas adaptativos complejos⁷, en cuya identidad influye fuertemente su historia y en donde es conveniente reducir variedad (generar



automatismos) en todo aquello en donde se conjuga alto consenso y alta certeza. En esa zona, la experiencia señala la ventaja de estandarizar procesos y protocolizar, de forma de reservar energía para lo nuevo y lo inesperado (ampliación de variedad). En un hospital complejo hay amplias zonas donde no hay certeza ni consenso. Estas zonas suelen ser bastante caóticas y requerir de mucho gasto de energía para la adaptación. Es por ello que la administración debe procurar que las mayores zonas del convivir estén lo más normalizadas posibles, única forma de tener la capacidad de abordar las áreas de incertidumbre. En esa misma línea, parece recomendable abandonar el enfoque compartimental/vertical con que los hospitales se han organizado tradicionalmente desde la mirada de máquina, con el objeto de reorganizarse transversalmente desde los procesos principales mirados en lógica de red.

Cuando se dice que lo que “no se mide no se puede gestionar” y se está lleno de indicadores que no pueden controlarse, se vislumbra más relevante aún tener una visión de red compartida potente junto a mínimos estándares e indicadores, de forma de tener asegurados los “pisos”, pero absolutamente abiertos “los techos”.

Cuando se pide planes estratégicos por definición para varios años, se intuye que más que un plan en un escritorio, se debe propender a una suerte de pensamiento estratégico, instalándose participativamente en las conversaciones del colectivo –intra y extra hospitalario– que permita acción conjunta eficaz; una visión potente de largo plazo y planes operativos de corto, co-construyéndose en el convivir cotidiano. En este punto es clave el énfasis en la calidad de las conversaciones. Los procesos fracasan, no porque los profesionales sean poco competentes o diligentes, sino porque fallan las “interfaces”. Se falla, porque se conversa poco o mal, no se hacen bien las peticiones u ofertas, las promesas no se cumplen, no se agradecen los cumplimientos ni se reclama cuando se incumple. En suma, porque no se aprende de ello, en contextos de escasa confianza. Gran parte de los fallos de red son promesas incumplidas y esos fallos son perjuicios para los usuarios. Una red efectiva se construye a partir de las cientos de conversaciones de aprendizaje en torno a lo que funciona, de las promesas que se cumplen, como manera de sacar aprendizaje para aquellas áreas donde constantemente identificamos “problemas”.

En la acción conjunta es clave el compromiso, palabra que viene del término latino “*compromissum*” que hace referencia a una promesa y al involucramiento personal que esta conlleva cuando se formula desde la verdad y la impecabilidad. Por lo contrario, no hay compromiso cuando las promesas nacen desde la declaración mentirosa del “sí” de la *boca para afuera*, sea por temor o por el *qué dirán*, en vez de declarar un auténtico “sí” del que me hago cargo o un “no”



franco que abre posibilidades a una nueva conversación y una promesa efectiva. Justamente los procesos que requieren de más y mejores conversaciones, son los que nos avisan de nuestras fragilidades. Esto explica por qué al interior del hospital suelen darnos aviso de dificultades unidades como los pabellones quirúrgicos y la urgencia, así como en la red, son las listas de espera no priorizadas, las pérdidas de exámenes o de horas médicas algunas de las señales de procesos no debidamente integrados. Nuestro funcionamiento compartimentado verticalmente nos dificulta conversar, al igual que la propia arquitectura hospitalaria, pues estamos lejos unos de otros, nos encerramos en oficinas privadas, etc. ¿Cuántos proyectos de hospitales nuevos han obviado los espacios que favorezcan el encuentro y el conversar?.

Una característica de nuestra cultura es el temor al conflicto y la aversión al riesgo y al error. Afortunadamente ya comienzan las conversaciones a ver al conflicto y al error como puertas que abren impensadas posibilidades de aprendizaje. Hay interesantes señales de apertura a escucharse unos a otros al interior de los hospitales y que se está más sensible a reconocer los pequeños logros, algo que parece evidente como *apalancador* del aprendizaje en otros ámbitos, pero que no se aplica en el convivir hospitalario. Estamos atentos a señalar la falta, no así a reconocer lo bien hecho. Así se instala una cultura de lo malo, de lo incorrecto, de lo que no funciona. Un hospital complejo requiere enfocarse en lo que funciona, en lo que está bien, en lo que puede dar lecciones extrapolables a otras áreas del quehacer organizacional⁸, desde el propio quehacer o del de otras organizaciones (*benchmarking*).

Finalmente, el convivir en un hospital complejo da diarias lecciones de humildad. Pide cotidianas declaraciones de no sé o me equivoqué; difícilmente alguien tiene “la verdad” o “la solución”. Esto abre posibilidades a aprender de otros, de co- construir en las búsquedas, en el ensayo y el error, en el intentar múltiples micro-estrategias en simultáneo, en el convocar a otras miradas, otras disciplinas, otros mundos.

5. El hospital en red como comunidad humana de aprendizaje

Los términos en que comprendemos a las organizaciones y a nosotros mismos, son artefactos sociales producto de intercambios, situados histórica y culturalmente y que se dan en el diálogo entre las personas. En la medida en que el diálogo se produce como construcciones abiertas, se hacen posibles significados compartidos que dan sentido e identidad^{9,10}.



El “sentido” es la conexión entre lo actual y lo posible (actualidad y potencialidad). Es una poderosa forma de enfrentar la complejidad y surge en los sistemas sociales *autopoiéticos*ⁱⁱ a través de las conversaciones, siempre y cuando estas sean entabladas en medio de la construcción de sentido, como un enredarse (entrelazamiento) de información, interpretación y comprensión. El “sentido” surge entonces cuando conversamos sobre el futuro, damos un paso atrás (o “*nos subimos al balcón*” para ampliar nuestra perspectiva) y nos planteamos cómo será el futuro y cómo podemos querer algo en él, cuando de modo alguno nos es accesible todavía¹¹. Dicho de otro modo, conversamos sobre las formas en que se nos hace presente el futuro en el devenir del aquí y el ahora en el convivir cotidiano. El sentido compartido de finalidad nos hace estar presentes en un aquí y ahora abierto y anticipatorio de futuro y presentes¹² con menor vulnerabilidad a la incertidumbre y al temor.

Los aspectos esenciales que caracterizan a las organizaciones como comunidades humanas de aprendizaje pueden sintetizarse en: i) capacidad de conectarse (conectividad) –en el respeto de la diversidad– entre los múltiples miembros de una comunidad y de producir mutua influencia generativa; y ii) la existencia de significados compartidos (**sentido**) que hacen a cada miembro “sentirse parte” o “identificados con” (**identidad**). Por lo tanto será clave generar sentido e identidad de red, de manera que el subespecialista hospitalario observe al generalista de la atención de primer nivel como un legítimo otro, dentro de un proceso integrado donde ambos son igualmente necesarios.

El aprendizaje, cualidad esencial de lo humano, es una forma de ser en el mundo. Es el experimentar la vida participativamente como fenómeno social de construcción de significados y conocimientos dentro de comunidades de práctica –comunidades de aprendizaje– en momentos históricos y culturales específicos. El aprendizaje es un proceso continuo reflexivo, que resulta en la construcción de identidad como parte de un proceso colectivo de creación de realidad¹³.

El aprendizaje emerge de la relación inextricable entre la “mente en el cuerpo” como el asiento de la experiencia y el mundo social, ambos en una relación de especificación mutua insertados en una red de interconexiones dinámicas. La cognición en la acción cotidiana del convivir, es descrita por Varela como “*en-acción*”¹⁴ⁱⁱⁱ de la experiencia de la persona dentro de un cuerpo y un mundo

ⁱⁱ *Neologismo* propuesto en 1971 por los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela para designar la organización de los sistemas vivos, en su condición existencial de continua producción de sí mismos.

ⁱⁱⁱ “*Enacción*”: el mundo según Varela no es algo que nos haya sido entregado, sino que emerge a partir de cómo nos movemos, tocamos, respiramos y comemos. Esto es la cognición como *enacción*, ya que la acción connota el producir por medio de una



concreto inseparable de las relaciones. Entonces, el aprendizaje, para agregar valor a las organizaciones, no puede verse fuera del contexto de la práctica del diario convivir.

El aprendizaje nace de una inquietud (o necesidad), sucede en el lenguaje y genera transformación de la realidad. La visión compartida emerge de la práctica, de la comunidad de aprendizaje. Es posible que no exista una visión compartida sino varias que deben ser validadas, enredadas y puestas en coherencia en sus significados.

La construcción de significados compartidos, que se constituyen en capacidad estratégica, permite al hospital actuar en la complejidad, adaptarse al entorno –comprenderse en red– y mantener latente un mundo de posibilidades que pueden emerger como significativas en su devenir.

Una visión compartida para una comunidad de aprendizaje es como un encuadre fotográfico, donde se destacan (se colocan en el foco) algunos elementos que quedan en la foto y se dejan afuera otros. Este proceso colectivo de selección o enfoque de lo que se va a encuadrar¹⁵, es la elección de un “sentido”. El sin-sentido es incertidumbre total, caos paralizante. El compartir y construir sentido con otros, da las certezas básicas para enfrentar la complejidad y la velocidad del cambio.

Por lo anterior, es clave un nuevo tipo de concepto de liderazgo que esté ampliamente desplegado en la red y que esté enfocado en la generación de contexto para el aprendizaje. La red es un constructo relacional y se “teje” día a día en el cotidiano del aprender. Esta construcción debe generar un contexto para el cambio permanente, cambio en las relaciones de poder, de forma que la estructura piramidal al interior del hospital dé paso a organizaciones horizontales centradas en las personas y sus procesos. La horizontalidad que debe afectar a las actuales relaciones de poder entre los distintos nodos de la red de forma que el poder (tecnología, conocimiento y prestigio, entre otros aspectos relacionados) se desplace desde la atención cerrada a la abierta, desde la hospitalaria a la de primer nivel. El poder pasa a ser un medio para la acción conjunta efectiva en procesos integrados y no un privilegio de algunos para mantener posiciones o ventajas.

manipulación concreta.



6. La práctica del actuar conjuntamente en el hospital y en la red

El ser humano por naturaleza está biológicamente predestinado a producirse a sí mismo y construir un mundo con otros. La autoproducción del hombre es siempre, por necesidad, una empresa social. Los hombres producen juntos un ambiente social, el hombre produce la realidad y, por lo tanto, se produce a sí mismo¹⁶. El lenguaje objetiva las experiencias compartidas y las hace accesibles a todas las que pertenecen a la misma comunidad, con lo que se convierte en base e instrumento del aprendizaje. La realidad se construye en el diálogo, en la práctica del convivir. La práctica cotidiana del convivir de una persona en el hospital puede considerarse en relación con la puesta en marcha de un aparato conversacional que mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva.

En un hospital las preguntas esenciales que deben co-construirse socialmente guardan relación con “el ser”, “el querer” y “el poder”. “El ser” de la organización es su identidad, sus sueños. Sin una “identidad” (misión y visión en términos estratégicos) no será posible lograr construir acción conjunta efectiva. Ésta no puede imponerse desde arriba o afuera. Si no es construida relacionamente, no tendrá potencia para generar coordinación de acciones que generen mundos mejores. “El querer” de la organización son los juicios y creencias que soportan “los por qué” deseamos ciertos sueños, creencias que tienen su sustento esencial en los valores compartidos. No hay sueño colectivo sin valores co-construidos en la vida cotidiana de vivir relacionamente en el hospital; los valores se hacen en el convivir. “El poder” de las personas actuando conjuntamente, guarda relación con la experiencia colectiva de llevar adelante iniciativas. Toda organización tiene historias de éxito.

Con relación al “poder”, son esenciales dos cosas: Una, los estados de ánimo de la organización. Si se está desde el temor, la resignación, el resentimiento y la desconfianza, se coordinarán acciones desde allí y por lo tanto se cerrarán posibilidades que pueden ser abiertas desde el entusiasmo, el respeto y aceptación del otro, la confianza y la alegría. Y la otra, la mirada desde las “brechas” o insuficiencias, que es la clásica mirada desde donde se suelen ver las cosas. Quien ve problemas solo encontrará problemas, por el contrario ver las cosas que sí funcionan¹⁷, los “núcleos positivos”, generara nuevos tipos de conversaciones, de “abajo-arriba” y participativamente, que permitan aprender desde las historias y experiencias de éxito¹⁸¹⁹.

Los resultados de un hospital y su red dependen directamente de los modos en que se relacionan las personas en los equipos de trabajo. El haber participado en la génesis de un proyecto común, genera un sentido personal existencial



de involucramiento voluntario a dicho proyecto. El alto desempeño nace de los proyectos en común; éstos articulan desde la construcción de “sentido” una acción conjunta efectiva. En esta acción “cada miembro está dispuesto a entregarse, pues su alma, su sentido existencial, sus deseos constructivos y su identidad están en juego”²⁰. Por lo anterior es esencial favorecer las conversaciones entre quienes participan de los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde lo desempeñan. Esto último implica que se debe favorecer la generación de equipos transversales que hagan participar a todos los involucrados de la red en distintos procesos asistenciales con un fuerte liderazgo de la atención de primer nivel en ellos.

7. Red de personas en el convivir asistencial

Desarrollar una comprensión de red plantea considerar el pensamiento y la experiencia cotidiana del hombre, como originados socialmente. Es decir que es posible abordar el convivir a través de cómo interpretamos y comprendemos nuestra manera de generar conductas en la práctica del día a día que hacemos en común²¹.

Las prácticas conversacionales de carácter recursivo, estructuran y organizan la vida cotidiana de la organización y determinan su realidad. Estamos permanentemente emitiendo juicios, tomando decisiones y generando conductas, siendo estas últimas, las que finalmente constituyen la organización. Por lo tanto los cambios no pueden imponerse, tienen que hacer “sentido” en las personas. Esto pasa necesariamente porque los objetivos y las metas institucionales se incorporen al “lenguajear”^{iv} de la vida cotidiana y terminen levantándose de “abajo-arriba”. El desafío del liderazgo en red es justamente la generación de contexto relacional –de escucha y confianza– donde se puedan dar conversaciones para el aprendizaje adaptativo. Dicho de otro modo, es llevar “la idea” al espacio de la comunicación y luego al espacio de la comprensión. Es en ese último donde comienza la acción efectiva.

El pasar de la “idea” al espacio de lo comunicativo, es la apertura de la posibilidad del aprendizaje. Desde una perspectiva constructivista, no hay nada más propiamente humano que el aprendizaje, siendo inevitable ya que el ser humano no puede dejar de ser lo que lo constituye. Estamos condenados a aprender, desde que probáramos del árbol del conocimiento y perdiéramos el “edén” de la falta de inquietud. El aprendizaje es parte de la vida diaria entre y

^{iv} En la forma de Maturana de expresar el ciclo de coordinación de acciones mediante el lenguaje.



por medio de otras personas como actividad relacional. El aprendizaje es más que un logro en el ámbito del “tener” conocimiento, porque trata del desarrollo de la propia identidad, del “ser”. El lenguaje, sin duda, es el elemento central en el proceso de aprendizaje y fluye y sucede en la acción colectiva, la conversación y la creación de significado. Sucede en el acto de comunicar, en el convivir en la vida cotidiana de la organización.

Hoy se escucha de la importancia de “alinearse estratégicamente” a las organizaciones, que los hospitales no logran una visión compartida con su personal, que la red no funciona por falta de voluntad de las partes, etc. Pero poco se escucha de cómo lograr aquello. Cuántas “planificaciones estratégicas” terminan en los cajones de un directivo y por lo mismo no consiguen “transformar la realidad”.

Lograr lo anterior, pasa por posibilitar la respuesta colectiva de las preguntas esenciales señaladas anteriormente sobre el “ser, el querer y el poder”, como construcciones sociales. Comprendiendo que en una organización en red las relaciones en la práctica son una dialéctica, entre estructura, colectivo y persona como ente individual. Para Pierre Bourdieu^{v 22'23'24} una organización es como un “campo” o sistema estructurado de fuerzas y de relaciones objetivas entre posiciones, una red o configuración relacional, donde influyen el poder y el conflicto.

No comprender las posiciones de poder al interior y fuera del hospital -es evidente que el poder se concentra en los hospitales y dentro de estos en la clase médica- nos impide actuar sobre ellas de tal forma de producir las interfaces que generen acción conjunta a través de visión compartida y por el contrario, consolida la mantención de las distintas posiciones y “culturas internas” de fluir como *ghettos* que no interactúan y que, por lo tanto, no se tocan ni se modifican, sino por el contrario, juegan la lógica de la dominación y la sumisión. Siendo la diversidad una realidad creciente en el convivir en la complejidad del hospital, es una ilusión pretender la articulación a base de “homogenizar” o “uniformar”. Dicha ilusión no solo es imposible, sino peligrosa. Cuando se intenta como estrategia de alineación, en vez de integración obtendremos “alienación”^{vi} e impostura.

El estilo de vida aprendido por la persona en su devenir como patrón de conducta (*habitus*)^{vii} en la terminología de Bourdieu), contribuye a construir en

^v Pierre Bourdieu filósofo y sociólogo francés 1930-2002.

^{vi} Alienación entendido como fenómeno de desposeer a la persona o comunidad de su identidad, controlando y anulando sus capacidades, para hacer a la persona o grupo, dependiente de lo dictado por otros -desde afuera- independiente de ellos mismos y que domina sobre ellos.

^{vii} “Habitús” según Pierre Bourdieu son todas las disposiciones subjetivas que se encar-



el convivir relacional un mundo organizacional significativo, dotado de sentido y de valor, en el cual vale la pena invertir energía. La acción práctica, en la medida que se le percibe sentido desde lo razonable y desde lo emocionable, puede hacer trascender el presente inmediato, constituyendo potencialidad objetiva como anticipación práctica del futuro desde el aquí y el ahora. Si no se hace del concepto “red” acción práctica en el cotidiano enfrentamiento a los usuarios, no se podrá pasar de la “idea” a la “acción” de red.

Cualquier proceso de transformación de la realidad, supone reorganizar el aparato conversacional (lenguaje/acción)^{viii}. Lo que no está en las conversaciones, en los patrones de conducta²⁵, sencillamente no existe. Hemos señalado que la realidad hospitalaria es un constructo social en el convivir en la vida cotidiana. Esto significa que si los temas como el trabajo cooperativo en red, la calidad, la seguridad del paciente, los derechos del usuario y el respeto que debe existir entre los trabajadores, entre otros, no forman parte de las conversaciones cotidianas, poco podremos esperar en términos de cambios adaptativos en esos ámbitos.

Evidentemente somos ciegos a lo que no observamos. Y como ya señaláramos, observar es una particular forma de interpretar realidad desde la propia historia y la relación, en contextos emocionales determinados. Si conductas como no cooperar, maltratar al compañero o al usuario, no respetar, no ver “legítimos otros”, no reconocer los logros, son parte de la historia y de los patrones conductuales habituales, estas conductas se seguirán replicando. De no mediar un “enjuiciamiento” de nuestros juicios^{ix} habituales, simplemente no veremos la desconfianza, la falta de respeto. Dicho “enjuiciamiento”, genera cambios de conducta (aprendizaje de primer orden) cuando desde el convivir, surge la inquietud de disconformidad con los resultados de dicha conducta, provocando una transformación de la realidad a través de nuevas conductas adaptativas. Más aun, cuando nace la inquietud de que nos abramos como personas a modificarnos nosotros mismos como observadores (conversión), proceso que Echeverría define como aprendizaje de segundo orden²⁶. Esta última, es la apertura a que el convivir, el diálogo para el significado (donde se comparte construcción de sentido, de conocimiento y de nuevas posibilidades), me modifique, toque mi identidad, desarrolle mi ser. Es la puerta que

nan en nuestro ser, por y a través del moldeamiento histórico y social, que condicionan (sin determinar) nuestras prácticas. Son por tanto nuestro trasfondo explicativo.

^{viii} A decir de Rafael Echeverría, los seres humanos somos seres lingüísticos, vivimos en el lenguaje, el que nos hace el tipo particular de seres que somos. El lenguaje es generativo, no solo nos permite hablar “sobre” las cosas: hace que ellas sucedan, crea realidades.

^{ix} Según Rafael Echeverría los seres humanos somos incesantes emisores de juicios. “Dime tus juicios y te diré quién eres”. Estos nos constituyen y determinan la forma particular de observadores que somos.



abre las posibilidades al “florecimiento” de lo humano.

Visto así, señalamos que el contexto para la organización hospital como comunidad humana de aprendizaje para el trabajo cooperativo en red, está relacionado con los valores, el “saber hacer” y estilos de liderazgo de la organización, con los comportamientos de las personas, con su manera de trabajar y de relacionarse, con la forma de interactuar y convivir, lo que está basado en un conjunto de cualidades, atributos o propiedades relativamente permanentes de un ambiente de trabajo concreto que son percibidas, valoradas, sentidas o experimentadas por las propias personas que componen la organización y que influyen sobre su conducta, la satisfacción personal y la agregación de valor.

8. Gestión del cambio

En el cambio organizacional se implican valores, personas, cultura y competencias gerenciales; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos. Ante tal complejidad, para co-construir una visión deseada de hospital en red se requiere de: (i) un proceso permanente de escucha y reflexión (retroalimentación); (ii) un pensamiento y propuesta estratégica compartida (sentido); (iii) liderazgos que contribuyan a la conducción del cambio; (iv) un plan compartido (producto de participación organizada y corresponsable); y (v) una competencia en la organización para «aprender a cambiar o aprender a aprender» (cultura de aprendizaje institucional). La complejidad del convivir en momentos de cambio se aborda mediante la generación de pensamiento estratégico que es la tarea intencionada por medio de la cual un colectivo llega a distinciones y consensos de nivel superior o «marco» que lo guiarán hacia sus objetivos, que definirán la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y la asignación de recursos para la acción.

Para que los cambios se produzcan, junto a una visión de futuro, se requiere de personas capaces de orientar, catalizar y sistematizar dichos cambios. En los establecimientos hospitalarios, se identifica como condición básica que se cuente con conocimientos y habilidades relacionales, con el apoyo político, con la capacidad de comunicar, comprometer, hacer responsable y evaluar el proceso por parte de los líderes del hospital.

Los establecimientos, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización, deben identificarlos y proyectarse a las necesidades de la red y sus usuarios, quienes exigen respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.



Es así, que los establecimientos necesitan desarrollar la capacidad estratégica para cambiar intencionada y continuamente; por lo tanto, lo crítico para la co-construcción del establecimiento integrado en red es la habilidad del colectivo para aprender a cambiar, o lo que es lo mismo: la capacidad institucional para aprender a escuchar, comprender, adaptarse y desarrollarse.

El cambio institucional implica procesos y estos fundamentalmente corresponden a cambios culturales o paradigmáticos que no son anecdóticos, sino profundos a nivel de los campos cognitivos, actitudinales y de las normas sociales, los cuales tienen la premisa de que sólo de manera consciente y voluntaria las personas modificarán su comportamiento.

Procesos en los cuales se enfrenta resistencia y obstáculos; hay luchas de poder entre los distintos grupos internos y externos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos, como también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias, a los que hay que estar dispuesto a encontrar y mejorar en el camino del cambio.

A través de un proceso estratégico continuo y dinámico, el equipo directivo puede elaborar planes y metas específicas para mantener la ruta en la “gestión del cambio”; ante las eventualidades y los imprevistos, hacer la evaluación de riesgos y poder evaluar y señalar los resultados para ir retroalimentando y modulando el ritmo del proceso. Cerrar brechas o avanzar hacia la realización de la imagen deseada implica decisiones estratégicas, que modifican en alguna forma la naturaleza de la organización. Constituyen oportunidades para el cambio pequeños éxitos, los cuales deben ser reconocidos y utilizados como fuente de aprendizaje desde lo positivo, lo que funciona.

La resistencia al cambio es una reacción humana normal que se debe tener en cuenta siempre que se viven momentos de incertidumbre. Los tiempos en que los cambios eran violentamente impuestos por las autoridades ya pasaron, la experiencia señala que basta que se retire la fuerza que impuso los cambios para que vuelvan “las viejas conductas”.

Los líderes, al hacerse cargo de la resistencia, deben ocuparse de las emociones subyacentes y generar un contexto relacional para trabajar la incertidumbre y la desconfianza. En base a la participación, la veracidad y contextos de confianza se pueden volver a instalar ambientes para el aprendizaje y para creer en los desafíos, ya que las personas son capaces de hacer grandes cosas cuando piensan en grandes cosas. Es decir, “somos lo que pensamos que somos”. La clave para desencadenar el proceso estará en cuán exitosos sean en convocar al compromiso con un pensamiento “común” de un nuevo y mejor hospital,



desde lo pequeño, lo local (mi equipo, mi unidad de trabajo).

No es raro encontrarse con que en oportunidades se ha decidido instalar un cambio, se ha hecho todo lo necesario, pero el cambio no funciona y no es practicado. Los síntomas que evidencian la no utilización de las nuevas prácticas suelen ser los siguientes, ordenados desde lo leve a lo grave: La innovación fue tácitamente aceptada, pero no está siendo usada; existe indiferencia por parte de algunas personas o grupos completos; se manifiestan contra argumentaciones sin ninguna base real; las innovaciones son ridiculizadas, como faltas de sentido e inteligencia; existe un marcado esfuerzo por anular los efectos del cambio; la implantación de la innovación se dilata sin motivo alguno. Estos síntomas suelen ser generados cuando, por falta de participación e información, no se ha logrado una generación de abajo-arriba del proceso.

Cualquier intervención en un proceso, sea de orden técnico, organizacional o administrativo implica un cambio social, esto es, que al innovar se crea una amenaza a la continuidad de las relaciones existentes entre los individuos que se verán afectados. La cultura social es un conjunto de actividades y hábitos aprendidos que relacionan a un grupo de personas y hacen que se valore de diferente forma cualquier conducta o acción.

Por su parte, los individuos se resisten a las innovaciones por ansiedades e inseguridades: temor de asumir riesgos con los cuales no están familiarizados; a tornarse prescindibles en su cargo por efecto del cambio; de no ser capaces de desarrollar las nuevas funciones; incapacidad o falta de disposición a adquirir nuevas habilidades o comportamiento; pérdida de influencia en decisiones a nivel de su antiguo puesto; pérdida o disminución de control sobre recursos; reducción de prestigio o reputación.

Para la generación de contextos relacionales propicios al cambio es clave la transparencia, la participación, respetar los tiempos de personas y grupos (el proceso debe ser más pausado en la medida que el cambio genere mayor perturbación en los hábitos de las personas), facilitar por medio de capacitación estratégicamente intencionada, que se pueda desaprender antiguos hábitos y adquirir nuevos y manejar adecuadamente hitos secuenciados, de forma que la gradualidad permita mostrar y celebrar avances.

Para la conducción de procesos de cambio habrá que utilizar los estilos de liderazgo que sean propios a los diversos contextos y madurez organizacional de grupos y personas. El peor estilo de liderazgo es el que –por incapacidad de escucha efectiva– no se acomoda a la situación. Así mismo sucede con diversas teorías de la administración; ni Taylor o la teoría del caos nos pueden explicar toda una realidad diversa y cambiante. La mayoría de las *reingenierías*



y esfuerzos de planificación estratégica finalmente fracasan ya que la administración hospitalaria, así como no puede hacerse desde afuera, no se basa en la utilización de una caja de herramientas que viene a resolver tecnocráticamente los problemas.

9. Viviendo los cambios

No basta con que el directivo piense y anuncie un cambio, menos que dicte las resoluciones administrativas que lo formalicen. Probablemente nada ocurrirá si no están las competencias para gestionar el cambio desde las personas que componen el hospital. En este capítulo hemos señalado la importancia de conocer y comprender las causas que movilizan a las personas que trabajan en el establecimiento, así como la historia que explica las prácticas del convivir. Solo desde lo que funciona, las narrativas de éxito, será posible establecer cambios sostenibles. Los cambios pueden comprenderse en tres niveles: en el nivel de los procesos; en las conductas de las personas (o aprendizaje de primer orden); y finalmente, en la generación de una nueva comprensión compartida (una nueva manera de apreciar la realidad o aprendizaje de segundo orden) que implica una conversión o cambio personal que se encarna en prácticas renovadas.

En el nivel de procesos o nivel técnico, los cambios van en la línea de incorporar tecnologías, modificar procesos, etc. En el nivel de conductas lo que se observa es modificación de comportamientos y ajustes en perfil de competencias. Finalmente, en el nivel de conversión lo que se produce es una profunda transformación personal, fruto de hacer propia una nueva manera de comprender la realidad y a sí mismo.

Los cambios sostenibles parten de un continuo cuestionamiento a la forma en cómo estamos haciendo las cosas. Colocando al usuario como centro, debemos generar constantes preguntas tales como: ¿es posible resolver este problema de salud de manera ambulatoria?, ¿cómo podemos abreviar los pasos o etapas por las cuales debe pasar un usuario en su proceso de atención?, ¿podemos estandarizar basándonos en las mejores prácticas nuestros procesos de atención?, ¿podemos nuestros procesos o parte de ellos transferirlos a otro nivel de atención?, ¿es posible mejorar la integración de nuestra práctica al interior de nuestro establecimiento y también con otros dispositivos?, ¿es posible darnos un distinto tipo de organización a la que hoy tenemos?, ¿podemos incorporar tecnologías médicas luego de analizar su costo efectividad y definir dónde agrega más valor?, ¿podemos reorganizar nuestra agenda de



citas, nuestra tabla quirúrgica, etc., de modo no sólo ser más eficaces y eficientes, sino para lograr mayor satisfacción en nuestros usuarios, ¿podemos hacer co-responsable al usuario y su familia en nuestros procesos?, etc. etc. Todo lo que hemos tratado en los capítulos dos y tres de este libro debe transformarse en cuestiones por descubrir. La pregunta debe ser provocativa y debe invitar a soñar, a descubrir un estado deseado.

Un estado deseado no debe construirse desde los déficit, las clásicas brechas. Eso es anticipar una nueva decepción que refuerza la resignación y la fatal desesperanza aprendida. Lo anterior es fácil de comprender a la hora en que se parte desde el listado de debilidades y fortalezas, las primeras llenan varias páginas y las segundas unas escasas líneas. Aquello no puede ser más desalentador. Lo mismo sucede cuando diseñamos “árboles de problemas” y ponemos el foco en el problema desde la misma mirada y prácticas que lo causaron; así, sin darnos cuenta, terminamos sumidos por el problema. ¿Cuántas *reingenierías* han terminado en fracasos por intentar cambios desde el déficit e ignorando lo que está a la base de las conductas humanas?.

La mirada clásica de gestión del cambio señala que hay que descongelar, desplazar y luego congelar en una nueva posición. Esta mirada implica alto costo de energía, alta resistencia, tiempos de latencia muy prolongados y alta probabilidad de fracaso. La etapa de descongelamiento consiste en convencer a las personas para que estas acepten modificar sus conductas (solo aprendizaje de primer orden); en establecer instancias de participación y negociación, transferencia de información y generación de competencias para amortiguar las resistencias; en establecer técnicas de retroalimentación con el objeto de asegurar que los cambios impulsados desde la gerencia no desaparezcan. Lo que está a la base de este paradigma es que la dirección puede recurrir a determinadas herramientas de “*management*” para que la gerencia impulse su punto de vista.

Nuestra propuesta se basa en un paradigma diferente. Proponemos que el cambio es posible, a menor resistencia y con mayor sostenibilidad, cuando es expresión de un estado deseado compartido por parte importante de la organización.

El proceso de cambio entonces debe partir por la definición de la pregunta (el foco o el tópico estratégico), tópico que enmarca la participación y el debate en torno a cual es el estado deseado con respecto a ese encuadre: un nuevo protocolo asistencial; una reorganización en torno a la necesidad de determinados usuarios; etc. A continuación debemos generar el contexto para indagar sobre qué funciona en nuestro hospital con relación a dicho tópico de modo



que podamos encontrar elementos de éxito que nos ayuden a “adelantar el futuro”, a traer al presente el estado deseado. Desde ese ejercicio de indagar desde lo que funciona, debemos pasar a una tercera etapa que consiste en diseñar lo que esperamos, involucrando a los principales *incumbentes* de modo que a estos “les haga sentido” lo que se ha estado co-construyendo. Como hemos señalado anteriormente en este capítulo, el que algo nos haga sentido es la llave para la comprensión, y es comprendiendo que nos modificamos nosotros mismos (aprendizaje de segundo orden) surgiendo una nueva mentalidad y por tanto nuevas prácticas “*encarnadas*”. Justamente lo que está a la base de la cuarta etapa, la implementación y la generación de aprendizaje, innovación y agregación de valor.

Por tanto la gerencia debe abstenerse de “difundir la idea” y “convencer sobre las ventajas de esta”, sino más bien debe provocar un sueño, invitar a descubrir, desde una pregunta -una inquietud- que debe ser resuelta entre muchos, partiendo desde lo que funciona.

Provocar un cambio organizacional implica cambiar la estructura del hospital, en el supuesto que las personas han cambiado su modo de pensar y hacer las cosas en el cotidiano convivir del quehacer hospitalario. Lo anterior fluye en dos espacios, uno que afecta la arquitectura organizacional, su estilo de liderazgo, la distribución del poder, las competencias, las consecuencias de las conductas, etc.; y otro, que es el espacio personal que guarda relación con las modificaciones individuales sobre cómo observo y enjuicio y por tanto, da cuenta de la transición, al interior de quienes son protagonistas de los procesos hospitalarios, del actual estado de cosas respecto del deseado.

Los cambios son más posibles si están asociados a imágenes positivas por las cuales valga la pena esforzarse, imágenes que se asocien y nos conecten a momentos en que nos hemos sentido reconocidos, útiles, recompensados. Es por ello que las conversaciones no son neutras, los sistemas humanos cambian cuando descubren y recuperan colectivamente sus fortalezas -generalmente escondidas y subutilizadas- y las convierten en palancas para revitalizarse a través de cambios en las conversaciones internas. Es responsabilidad, entonces, de los directivos el generar conversaciones en torno a preguntas que inviten descubrir, indagar, diseñar e implementar nuevas prácticas y nuevas maneras de comprender lo que día a día hacemos en nuestro hospital.

Los mayores obstáculos a los cambios hospitalarios duraderos guardan relación con la falta de liderazgo (sea por falta de competencias o por inestabilidad en los equipos directivos), por falta de persistencia y paciencia, por la tozudez de intentar las cosas a “mi manera” o de intentar cambios “desde afuera” o “para



mañana”, por la rutina de actuar sólo sobre las crisis o improvisadamente; o por falta de claridad sobre el espacio de las decisiones y el ejercicio del poder. Por último, transmitir que los cambios son posibles, que en todos los hospitales tenemos historias de éxito y que los cambios son más llevaderos cuando se viven en compañía.

Comentarios

Los hospitales, en sus procesos productivos esenciales, de mantenimiento o soporte y de adaptación e intercambio, para que se realicen integradamente en red, deben percibirse en su cultura como un organismo/sistema vivo, en que el eje diferenciador estriba en (i) la calidad de las conversaciones dentro y fuera de los muros del hospital; (ii) la capacidad de las personas de agregar valor a través de su talento, compromiso, capacidad de escucha de las inquietudes del otro; y (iii) el grado de adhesión que tenga a un proyecto colectivo de la red en torno a las necesidades de las personas.

Todo esto se co-construye relacionamente desde el interior de las propias organizaciones. El rol de los Ministerios de Salud y particularmente del gobierno de la red, es orientar, dar lineamientos y apoyo continuo, coherente y persistente, para que efectivamente se generen las condiciones en que se puedan dar dichos procesos en el convivir al interior de los distintos establecimientos y entre éstos.

Sin duda no contribuyen a que dichos procesos se den eficazmente: la fragmentación de los sistemas; las debilidades hacia una efectiva gobernanza en red y de adecuados incentivos financieros alineados con la integración; la fragilidad de competencias administrativas y de los sistemas de información; las dificultades para generar y mantener liderazgos; la presión asistencial del día a día que atrapa en la coyuntura y los problemas; la creciente subdivisión del trabajo en el contexto de “feudos” anti-sistémicos (baja conectividad), la cultura de administración del hospital como “máquina” y de sus funcionarios como “trabajadores manuales”, entre otros aspectos objetivos. Pero, tanto más relevantes que lo anterior, son los aspectos más sutiles como los “estados de ánimo” institucionales (la instalación de la desconfianza, la resignación y el resentimiento como “tono emocional” en la cultura), que explican dinámicas internas enfocadas en lo “negativo”, en la búsqueda de “culpables externos”, que dificultan el hacerse cargo, el creer que es posible y el percibir poder en el sí mismo para lograrlo.



Hablar de un hospital como comunidad humana de aprendizaje que posibilite el trabajo en redes integradas, habla fundamentalmente de un proceso continuo y construido participativamente entre todos, en un contexto para el encuentro del “sentido”. Este contexto se basa en declarar que necesitamos interdepender y cooperar con otros, en el respeto, la comprensión del otro como un “legítimo otro” en su dignidad, en su capacidad de crear e innovar de manera ilimitada, en encontrar “sentido” en un clima de convivir con entusiasmo, alegría y aceptación, en su capacidad de equivocarse, aprender y volver a empezar; en la construcción de un sano equilibrio entre la vida relacional fuera y dentro de la organización. Es en el hospital como comunidad humana donde la pasión –esencia de la vida- nos puede llevar a la acción, *enredados* con otros. No hay pasión sin sentido, ni vida que valga la pena vivirla sin pasión.



Referencias

- 1 Artaza O. "El hospital público como comunidad humana de aprendizaje". IGD. Santiago 2010
- 2 Gerger K. "Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social". Barcelona Paidós. 1996
- 3 Bourdieu P., Coleman J. "Social theory for a changing society". N.Y. Westview. 1991
- 4 Ganhão, M.T. "Las metáforas organizacionales". Papers. 51 pág. 183-189 Universidade Nova de Lisboa. 1997
- 5 Echeverría R. "Ontología del Lenguaje". LOM Ed. Santiago 2005
- 6 Maturana H., Varela F. "El árbol del conocimiento". Ed. Universitaria. Santiago 1984
- 7 Waldrop, M. "Complexity: The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos". Simon & Schuster New York, USA 1992
- 8 Varona F. "La intervención apreciativa". Ed. Uninorte Barranquilla 2009
- 9 Gerger K. "Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social. Barcelona Paidós. 1996
- 10 Gerger K. "El yo saturado" Paidós Buenos Aires. 2006
- 11 Luhmann N. "Complejidad y Modernidad". Trotta Madrid 1998
- 12 Senge P., Scharmer C. O., Jaworski J., Flowers B.S. "Presence. Human purpose and the field of the future". The Society for organizational Learning -SOL- 2004
- 13 Lave J., Wenger E. "Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge UK. Cambridge University Press. 1991
- 14 Varela F., Thompson E., Rosch E. "The embodied mind. Cognitive science and human experience". Cambridge. Massachusetts MIT Press. 1997
- 15 Fairhurst G., Sarr R. "The art of framing". San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc. 1996
- 16 "La Construcción Social de la Realidad". Berger, P. y Luckmann, T. Alianza Editorial 3ª ed. Madrid 1984
- 17 Varona F. "La intervención apreciativa". Ed. Uninorte Barranquilla 2009
- 18 Astudillo F., Cortés L., Santibáñez J. "Liderazgo apreciativo: seis pasos para el cambio". Psicología Organizacional Humana vol. 1 n° 2. Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibañez. 2008
- 19 Fernández I. "Indagación apreciativa: Una metodología de cambio y desarrollo basada en principios positivos y constructivos". Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibañez. 2009
- 20 Fernández I. "Competencias personales para el alto desempeño" Psicología Organizacional Humana vol. 1 N° 1 2008. Escuela Psicología Universidad Adolfo Ibañez
- 21 Gerger K. "Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social". Barcelona Paidós. 1996
- 22 Bourdieu P., Wacquant L. "An invitation to reflexive sociology". The University of Chicago Press 1992
- 23 Bourdieu P., Coleman J. "Social theory for a changing society" N.Y. Westview. 1991
- 24 Bourdieu P. "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción". Barcelona Anagrama. 1997
- 25 Id. 16
- 26 Echeverría R. "Ontología del Lenguaje". LOM Ed. Santiago 2005



Capítulo 5

DIVERSIDAD Y DESAFÍOS EN ALGUNAS EXPERIENCIAS NACIONALES EN LATINO AMÉRICA

En los capítulos previos, se ha desarrollado una perspectiva histórica respecto de la fragmentación de los sistemas de salud y el papel de los hospitales en un contexto de RISS. Asimismo, se han desarrollado propuestas de cómo modelar la gestión de los hospitales de manera tal que puedan insertarse en un modelo de RISS basadas en la APS.

A través del presente capítulo se entregan, de forma resumidaⁱ, algunas experiencias de iniciativas que distintos sistemas de salud de América Latina y el Caribe han puesto en marcha en el ámbito de la estructura de sus servicios de salud, junto con definir el papel que los hospitales deberán asumir en los nuevos modelos. Estas experiencias pretenden, de diversas formas, superar las dificultades de la fragmentación o simplemente fortalecer sus modelos de oferta desde la mirada hospitalo-céntrica característica de nuestros países. Si bien estas experiencias se presentan y desarrollan desde los contextos particulares de los sistemas de salud e idiosincrasias nacionales, su exposición permite transparentar realidades e identificar obstáculos y desafíos, presentes en los sistemas de salud que resultan determinantes para la implementación real de las RISS, basadas en la APS tal como es promovida por la OPS. Asimismo, el desarrollo de estas experiencias entrega diversas perspectivas respecto de la función de los hospitales en este nuevo contexto.

1. Bolivia

En el marco de la Nueva Constitución Política del Estado se establece un nuevo Modelo Sanitario en la perspectiva de RISS, con el objetivo de mejorar

ⁱ En Disco Compacto de contratapa se puede acceder a las versiones in extenso de las diferentes experiencias de los países de América Latina y el Caribe.

el actual nivel de salud de la población boliviana, en particular, de los grupos socialmente marginados. El Modelo se plantea desde una perspectiva social e integral que parte de un enfoque que prioriza:

- La salud, como un derecho humano fundamental y de obligación suprema del Estado.
- La salud declarada como una Política Central del Estado, por tanto, la organización y responsabilidad es del Estado a través del Ministerio de Salud, los Servicios Departamentales y los Municipios.
- La identificación y transformación de los determinantes de la salud-enfermedad.
- Visión científica e integral, priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la reparación y rehabilitación de la enfermedad.

El modelo de atención tiene como característica principal el asumir la atención en salud independientemente de su nivel de complejidad y, organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar continuidad de la atención, hasta la resolución de los problemas. Un ejemplo de esta nueva visión la constituye el caso del Hospital Arco Iris.

1.1. El Caso del Hospital Arco Iris

El Hospital “Arco Iris” -privado, sin fines de lucro de Segundo Nivel de Referencia de la Red Norte Central- tiene asignada una población de 220.000 habitantes. Ha desarrollado una acción de coordinación con los Hospitales Municipales de segundo nivel y dos de Tercer nivel, pertenecientes a la Gobernación del Departamento de La Paz para establecer la Red de Salud Materno Neonatal -RESMANE- como respuesta urgente al fracaso de funcionamiento de la red de salud para responder a problemas emergentes de la oportunidad y accesibilidad, estableciendo:

- 1.- Red de Salud para la integración técnica administrativa efectiva del los Centros de Primer Nivel con los Hospitales de Segundo y Tercer nivel.
- 2.- Plan de capacitación y retroalimentación del personal de la Red.
- 3.- Implementación de un Sistema de Comunicación mediante telefonía móvil.
- 4.- Monitoreo permanente del Sistema de Referencia y Retorno.
- 5.- Sistema de categorización de pacientes referidos del primer nivel según



criterios de gravedad para su adecuado manejo.

Los jefes de servicio de Gineco-Obstetricia de cada uno de los hospitales deben llenar una matriz informativa en horas de la mañana y tarde, señalando capacidades resolutivas referidas a personal de salud, unidades cama de alto riesgo obstétrica y neonatales de unidades de cuidados intermedia e intensiva, asimismo, sostener el contacto directo a través de una red de telefonía corporativa exclusiva para atender la demanda de referencia y retorno. Asimismo, se ha constituido la RED TELEMÁTICA-EDUCACIÓN CONTINUA con las Universidades privadas en el Departamento de La Paz, para compartir experiencias y agendas académicas para la discusión de casos, jornadas, conferencias y otras actividades. También, para compartir un proyecto de biblioteca virtual con bibliografía actualizada para apoyar acciones pedagógicas.

Para el avance y fortalecimiento de las RISS en Bolivia, será fundamental una implementación exitosa del Modelo Sanitario en dicha perspectiva. Para los hospitales, esto demandará adquirir un nuevo rol respecto de su quehacer histórico.

2. Brasil

El Sistema Único de Salud (SUS) tuvo sus inicios en la Ley Orgánica de Salud, en 1990, definido en el artículo 198 de la Constitución Federal de 1988. Antes de su creación, la prestación de servicios de salud se caracterizaba por la existencia de 3 grupos de población: los que podían pagar por la atención en instituciones privadas, empleados formales con derecho a la salud pública a través de la previsión social y los que no poseían derecho alguno. De la misma forma, este modelo se concentraba en la función hospitalaria y presentaba un alto nivel de fragmentación.

Con la creación del SUS, se buscó entregar un acceso igualitario a los servicios de salud, además de integrar y expandir la previsión de servicios de salud a través de instituciones públicas. Así, el sistema se caracteriza por establecer redes de salud descentralizadas que tienen por objetivo la racionalización de los servicios de salud a través de una alianza público-privada. De la misma manera, a través en el artículo 199, se definió un papel complementario para las instituciones privadas de salud para la prestación de servicios de salud, las cuales son reguladas por el SUS.

Los principios del SUS son los siguientes:



i) Universalidad: “La salud es un derecho de todos”, como afirma la Constitución Federal; ii) Integralidad: La atención a la salud incluye tanto los medios curativos como los preventivos y tanto los individuales como los colectivos; iii) Equidad: Todos deben tener igualdad de oportunidad en utilizar el sistema de salud; sin embargo, como Brasil contiene disparidades sociales y regionales, las necesidades de salud varían de acuerdo a éstas; iv) Participación de la comunidad: El control social, como también es llamado ese principio, fue mejor regulado por la Ley n° 8.142. Los usuarios participan de la gestión del SUS a través de las Conferencias de Salud, que ocurren cada cuatro años en todos los niveles, y a través de los Consejos de Salud, que son órganos colegiados también en todos los niveles. En los Consejos de Salud ocurre la llamada paridad: mientras los usuarios tienen la mitad de los cupos, el gobierno tiene un cuarto y los trabajadores otro cuarto; v) Descentralización político-administrativa: El SUS existe en tres niveles, también llamados esferas: nacional, estatal y municipal; cada una con comando único y atribuciones propias; vi) Jerarquización y regionalización: Los servicios de salud son divididos en niveles de complejidad; el nivel primario debe ser ofrecido directamente a la población, mientras los otros deben ser utilizados solo cuando sea necesario. Mientras más bien estructurado sea el flujo de referencia y contra-referencia entre los servicios de salud, será mejor su eficiencia y eficacia.

2.1. Algunos casos de hospitales trabajando en redes

Experiencia Hospital en el municipio de São Paulo –formación, atención básica, media y alta complejidad-. Alianzas con gobierno municipal y estatal. El hospital en cuestión está localizado en una micro región del municipio de São Paulo. Se trata de una gestión ejecutada por una Organización Social (OS), que abarca: Unidad Básica de Salud/Programa Salud de la Familia (UBS/PSF) y Unidad Básica de Salud/Asistencia Médica Ambulatoria (UBS/AMA). El objetivo de la OS es gerenciar y administrar la prestación de servicios de los PSF y AMA bien como los gastos operacionales atribuidos a la entidad y previstos en los planes de trabajo de las UBS donde son prestados los servicios.

El Programa Salud de la Familia ofrece servicios de Consultas Médicas, de Enfermería y Odontológicas, visitas domiciliarias realizadas por el Médico, Enfermero, Auxiliar y Técnico de Enfermería y Agente Comunitario de Salud. Involucra acciones colectivas con grupos educativos y talleres, bien como procedimientos de vacunación, colecta de exámenes, medicación y curaciones/suturas, además de acciones de Vigilancia en Salud. Cada equipo tiene la responsabilidad de cubrir un área que corresponda al conjunto de micro áreas



(territorio donde habitan entre 400 y 750 personas), para la atención de un Agente Comunitario de Salud, cuyo número máximo de personas asistidas sea de 4 mil habitantes, de acuerdo con la legislación.

En el programa de Asistencia Médica Ambulatoria, los equipos son responsables por la ejecución de los servicios de consultas especializadas (neurología, oftalmología, traumatología, cardiología, neumología) y exámenes de media y baja complejidad (laboratorio de análisis clínicos, rayos x, ultrasonografía, electrocardiograma, electroencefalograma), atienden solamente las especialidades básicas (clínica médica, clínica pediátrica y clínica obstétrica), además de atenciones médicas no agendadas para portadores de patologías de baja y media complejidad, derivaciones de exámenes, medicación y curaciones/suturas, pudiendo aún ofrecer otras atenciones de acuerdo con plan de trabajo específico.

Uno de los aspectos positivos de esa organización social fue la implementación de un plan de control de calidad de los servicios prestados a través de fichas clínicas con la implementación de la comisión de fichas, realización de auditoría interna en cuanto al uso y calidad de los registros y atención al Cliente/Usuario con la puesta en funcionamiento del Servicio de Atención al Usuario. De hecho se trata de un plan de control de calidad y de transparencia en las acciones y servicios de salud.

Experiencia Hospital en el municipio de la Baixada Santista -alianza con municipio y hospital en red asistencial-. Experiencia exitosa con la contratación de una Organización Social de Salud que actúa en el Hospital desde 2003, donde ocurrió la estructuración del proceso de Acreditación Hospitalaria, siendo considerado como el mejor hospital público de la Baixada Santista, lo que resultó en una mayor búsqueda por parte de varios usuarios de municipios vecinos, en razón del patrón de calidad diferenciado.

Experiencias en hospitales de los Estados de Minas Gerais / Tocantins / Pará / Paraná. En el Estado del Tocantins fue implementado en el período de 1994 a 2003, por el Gobierno Estatal, la Red de Hospitales Comunitarios en 14 hospitales localizados en distintos municipios del Estado, siendo la gestión entregada a una Organización Social que promovió la integración de los servicios de salud en el Estado, resultando en una mejora general de los indicadores epidemiológicos y de salud. En el Estado de Pará fue implementado, por el Gobierno del Estado, la Red de Hospitales Regionales de Media y Alta Complejidad en 6 municipios más poblados que son polos regionales de desarrollo social, comercial y de la salud, siendo la gestión entregada a Organizaciones Sociales, resultando en una mejora general en la resolución de casos de mayor complejidad que tenían como única opción la referencia a la Capital del Estado.



2.2 Comentarios orientados a las políticas, estrategias y acciones para facilitar la gestión de hospitales en redes integradas -RISS- en el país.

1. El Banco Mundial y las políticas de salud en Brasil. El primer documento elaborado por el Banco Mundial sobre salud fue publicado en 1975 y denominado “Salud: documento de política sectorial”. Presentaba, como primeras directrices, el quiebre de la universalidad de la atención a la salud, la priorización de la atención básica, la utilización de mano de obra sin calificación para los procedimientos de atención a la salud y la simplificación de esos procedimientos y la socialización de la atención a los más pobres.

Los especialistas del Banco Mundial que hicieron amplio estudio sobre la red hospitalaria brasilera, reprobaron tanto unidades públicas como privadas. El reporte “Desempeño hospitalario brasileiro”, publicado en 13/6/2008, en São Paulo, muestra que el sistema en el país es ineficiente y encarece los costos hospitalarios. Tras cinco años de estudios, los investigadores Gerard La Forgia y Bernard Couttolenc presentaron el “escore de eficiencia” de los hospitales: de una escala de 0 a 1, la nota en Brasil es un amargo 0,34. Los especialistas del Banco Mundial evalúan que el mejor modelo de gestión son las OSS (*Organizações Sociais de Saúde*), implementadas en los últimos diez años por el Estado de São Paulo. Los modelos, sin embargo, son polémicos para los políticos paulistas y para sectores en que perciben controversial la participación de entidades privadas, aún las filantrópicas, en el SUS. Los diputados estatales acaban de concluir un reporte que investiga la forma de pago de honorarios médicos de las OSS paulistas. El reporte debe ser votado en estas fechas. El modelo de gestión, sin embargo, está entre los más bien evaluados entre los 7.400 hospitales brasileiros.

2. Necesidad de las organizaciones sociales. *Organização* social es la calificación conferida a las entidades privadas sin fines lucrativos (asociaciones, fundaciones o asociaciones civiles), que ejercen actividades de interés público. La organización puede recibir recursos presupuestarios y administrar servicios, instalaciones y equipamientos del poder público, tras ser firmado un Contrato de Gestión con el poder público.

Con la creación de las *organizações sociais*, hubo la posibilidad de encontrar un instrumento que permitiera la transferencia de ciertas actividades que vienen siendo ejercidas por el Poder Público y que mejor lo serían por el sector privado, sin necesidad de concesión o permisión. Se trata de una nueva forma de *parceria*, con la valorización del llamado *terceiro setor*, es decir servicios de interés público, pero que no necesitan necesariamente ser prestados por



los órganos y entidades gubernamentales. Las organizaciones sociales están basadas en la legislación (Ley 9637/98), que dispone sobre la calificación de entidades como organizaciones sociales y su creación, desde que sea justificada su necesidad social.

3. Necesidad de las alianzas público-privadas. La alianza público-privada (PPP) es una alianza que el sector privado fija con el sector público y que se caracteriza por el proyecto, financiamiento, ejecución y *operacionalización* de un determinado servicio, con el objetivo de mejorar la atención de una determinada población. En contrapartida, el sector público contribuye financieramente, durante el contrato, con los servicios ya prestados dentro del mejor patrón de calidad.

4. Análisis de las políticas, estrategias y acciones de las nuevas modalidades de gestión. Con el crecimiento de la inserción social y del empleo formal será necesario el estudio de políticas y estrategias de salud. La expansión de las organizaciones sociales y de las alianzas público-privadas será una alternativa para administrar la demanda de usuarios de los servicios de salud. Estos nuevos modelos de gestión intentarán aplicar los principios del SUS, que fue creado para ofrecer atención igualitaria y cuidar y promover la salud de toda la población. Es el Sistema como derecho de ciudadanía y deber del Estado, lo cual es garantizado por medio de acciones de promoción, prevención y asistencia la salud de los brasileros.

5. Objetivos estratégicos de las Redes Integradas de Servicios de Salud -RISS - es una red de proveedores de salud que ofrece una atención coordinada de continua asistencia a una determinada población y que se responsabiliza por los costos y resultados de salud. Los objetivos estratégicos de las RISS son: integrar la promoción, prevención y cuidados de atención integral a la salud, restaurando el papel del Gestor federal, con el fin de coordinar las organizaciones de redes de salud con una perspectiva de desarrollo orientado.

6. Integración transversal. Desde antes de 2010, año en el cual el SUS completó 22 años, la gestión del Ministerio de Salud viene buscando consolidar las conquistas y avances anteriormente alcanzados, abrir espacios para nuevos avances y desarrollar estrategias y tecnologías innovadoras, intentando aumentar la efectividad de las acciones de prevención y control de enfermedades. Bajo tal óptica, la racionalidad de la planificación se transformó en uno de los focos de la gestión y la “mirada transversal” contribuyó para consolidar la integración de la vigilancia con la atención básica y de la salud ambiental con la salud del trabajador.



Además de eso, vienen siendo fortalecidas las estrategias intersectoriales en el desarrollo de la política de promoción de la salud y se han establecidos pactos y alianzas con sectores académicos, movimientos sociales, gestores, trabajadores de salud y ciudadanos. Destacan el desarrollo de un conjunto de acciones decisivas para la eliminación de una enfermedad transmisible más en el territorio nacional –la rubéola– y la recalificación de forma substancial del Programa Nacional de Control de la Hanseníasis, incluyendo la reformulación de los objetivos y medios de trabajo.

Cabe destacar la emisión de la licencia obligatoria del medicamento esencial al tratamiento del Sida, mayores inversiones en el control del Dengue y otras enfermedades transmisibles. Conscientes de que los desafíos son inmensos, las acciones a ser implementadas en busca de una mayor efectividad de la promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de las enfermedades son permanentes. La gestión viene permitiendo el desarrollo de macro procesos de trabajo para fortalecer la integralidad del SUS, reduciendo su fragmentación. Esto ha posibilitado que miradas externas, como los comités y las comisiones de evaluación, identifiquen sus fortalezas y fragilidades, como apoyo a los gestores estatales y municipales, escenarios sobre la situación de salud de la población brasilera, contruidos por análisis panorámicos y detallados.

En Brasil existe el SUS creado para que toda la población brasilera pudiera tener acceso a la atención pública de salud, que ofrece servicios gratuitos a la población total de 190.732.694 (último censo de 2010) y además la Medicina Suplementaria, donde existe el pre pago por los usuarios y que da cobertura a 44.783.766 beneficiarios en los planos familiares o empresariales (datos de septiembre/2010), la que está constituida por un modelo bastante segmentado: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestión, Aseguradoras y planes propios de la organización Santa Casa, totalizando 1627 operadoras (ANS – sept.2010), con una gran concentración en la Región Sudeste, específicamente en el Estado y Ciudad de São Paulo, y en grandes operadoras.

En Brasil se torna necesaria la garantía de la accesibilidad al sistema de atención básica, principalmente con la implementación de la Estrategia de Salud de la Familia, para promover el acceso e integración entre la atención primaria, secundaria y terciaria. Para reducir los problemas de fragmentación, se torna necesario trabajar en los siguientes puntos: mejorar el financiamiento de la salud para, en lo mínimo, 10% del PIB, formación de gestores calificados para la salud, mejorar el nivel de información y trabajar la falta de continuidad de las políticas públicas, con la implementación de un Plan Nacional de Acción que busque impulsar las redes integradas de servicios de salud.



3. Caribe de habla Inglesa

La Organización de Estados del Caribe Este (OECS por sus siglas en inglés) nació el 18 de Junio de 1981, cuando siete países del Caribe Este firmaron un tratado de acuerdo de cooperación entre sí y promovieron la unidad y la solidaridad entre los miembros. A medida que las islas obtenían su independencia de Gran Bretaña, se hizo evidente que había necesidad de un acuerdo más formal para asistir en sus esfuerzos de desarrollo, y así fue que la OECS finalmente se estableció. La OECSⁱⁱ es hoy una agrupación de nueve miembros integrado por Antigua y Barbuda, la Mancomunidad de Dominica, Granada, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas. Anguila y las Islas Vírgenes Británicas.

3.1. Servicios de Salud en la OECS

La necesidad de sistemas cada vez más regionalizados de atención secundaria y terciaria pronto se hizo evidente, debido a una serie de limitaciones inherentes al sector salud de los países más pequeños del Caribe. Estas consideraciones se refieren a los temas de pequeño tamaño de la población, infraestructura subdesarrollada, limitaciones presupuestarias y el reto de proporcionar atención de la más alta calidad en salud, incluso en las jurisdicciones más pequeñasⁱⁱⁱ.

Intentos formales y acuerdos con respecto a servicios compartidos en todo el Caribe de habla inglesa, comenzaron por iniciativa de las autoridades coloniales que buscaban la manera de mejorar el estado de salud de la población y mejorar la eficiencia de la prestación de los servicios de salud^{iv}. Posteriormente, estos esfuerzos se intensificaron tanto en escala y alcance al convertirse la OPS, en 1949, en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Una nueva fase en el movimiento hacia los servicios compartidos se inauguró con la creación de una moneda única para el Caribe británico en 1950, y el establecimiento del Servicio de Adquisición de Medicamentos de la OECS (OECS/PPS, por sus siglas en inglés) en 1986.

ⁱⁱ Organisation of Eastern Caribbean States. <http://www.oecs.org/>. 2011.

ⁱⁱⁱ Chronology of Selected Events: Addressing Shared Services in the Caribbean - Unpublished. Office of Caribbean Program Coordination/PAHO/WHO, Barbados, 31 May 2001.

^{iv} West India Royal Commission Report 1945. Presented by the Secretary of State for the Colonies to Parliament by Command of His Majesty. July 1945.



3.2. El Caribe Este, moneda única ^v

En 1950, el Consejo Monetario del Caribe Británico (CMCB) se creó para servir a todos los que componían al entonces Caribe Británico y proporcionar un vínculo monetario formal a la cuenta en Londres del CMCB. Desde 1965 hasta 1983 se produjeron varios cambios en la composición y función de esta entidad, culminando con la firma del Acuerdo para establecer el Banco Central del Caribe Este (BCCE), el 5 de Julio de 1983, por los gobiernos de Antigua y Barbuda, la Mancomunidad de Dominica, Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas. El BCCE formalmente entró en funcionamiento el 1 de Octubre de ese año, tras la promulgación de legislación por los respectivos gobiernos. En la actualidad, el BCCE es uno de los cuatro bancos centrales multi estados en el mundo. El objetivo general del BCCE es la promoción de la estabilidad monetaria y la construcción de una estructura financiera que conduzca al crecimiento y desarrollo equilibrado en toda la región. El establecimiento del BCCE ha servido para profundizar el proceso de integración regional y mejorar la planificación y el desarrollo económico en los territorios miembros. Con respecto a los servicios de salud, la disponibilidad de una moneda única ha permitido facilitar la transferencia de fondos y la liquidación de las facturas de médicos y servicios de salud entre los países de la OECS. Además, el dólar del Caribe Este se ha mantenido estable desde su introducción y por lo tanto, ha tenido un impacto positivo en el comercio entre la comunidad internacional y los países de la OECS.

3.3. Servicio de Adquisición de Medicamentos (PPS)^{vi}

El servicio de adquisición de medicamentos fue fundado originalmente, en virtud de un Acuerdo de 1986 como agencia de compras conjuntas a través del cual los Estados Miembros de la OECS, acordaron la compra por licitación de productos farmacéuticos y otros insumos médicos. OECS/SAF ha proporcionado a los Estados Miembros un suministro fiable de medicamentos seguros y eficaces. La Unidad cuenta con un programa de garantía de calidad integral que abarca un sistema restringido de licitación internacional, las condiciones contractuales que aseguren la calidad y la vigilancia tras la comercialización. Con una ventaja comparativa con respecto a la capacidad de adquisición de un determinado país, la oferta agregada OECS/PPS ha traído

^v Eastern Caribbean Central Bank. <http://www.eccb-centralbank.org/>. 2011.

^{vi} Annual Report: 2010. Organisation of Eastern Caribbean States/Pharmaceutical Procurement Service. 2010.



con éxito precios competitivos en los últimos veintidós años. En una reducción estimada del 20% en el costo unitario de los productos farmacéuticos y otros productos médicos, OECS/SAF ha ahorrado a los Estados Miembros de aproximadamente tres millones de dólares anuales, desde su creación.

3.4. Servicios Compartidos de Salud

Durante los años 1990 y 2000, varios estudios sobre los Servicios de Salud Compartidos se llevaron a cabo en el Caribe, en particular en la sub-región de la OECS. Lo más notable de éstos fue el estudio que surgió directamente de la reunión de la Autoridad de la OECS en Mayo de 1990, en la que la decisión política fue tomada para investigar los temas y opciones relacionados con los servicios de salud compartidos en la OECS2, denominado “Integración de los cuidados de la salud: Estudio de Coordinación de Servicios de Salud y el establecimiento de Centros de Referencia en los Estados del Caribe Este”. Este amplio estudio se llevó a cabo en la segunda mitad de 1990 con el propósito de determinar la viabilidad de establecer centros de referencia y la distribución de los servicios comunes de la OECS. Las dos principales recomendaciones que emanaron del mismo fueron: el establecimiento de centros de referencia regional en áreas específicas de la especialidad y el establecimiento de un Centro Regional de Coordinación para administrar la ejecución del programa integral^{vii}.

Posterior a esto, se llevó cabo un estudio en 2001 como respuesta directa a la observación de que ya los residentes de la OECS buscaban atención especializada a través de las fronteras, dentro de la sub-región. Este estudio ofrece la primera evaluación de la utilización internacional de servicios de salud especializados en Barbados, Martinica y Guadalupe por los residentes de la OECS. El objetivo era obtener una mejor comprensión del problema y sus características, mediante el análisis de los datos disponibles de los principales hospitales involucrados, los sectores en que se programó la distribución de estos servicios o de hecho fueron provistos, y las condiciones generales de estos casos. Específicamente, se trató de (1) recoger todos los datos relacionados con las personas que buscan servicios de salud en el extranjero, (2) determinar los arreglos institucionales para los servicios compartidos, (3) estimar la capacidad de cada país para proporcionar servicios especializados; e (4) iden-

^{vii} Banoub, S. N. Integrating Health Care: Study on coordination of specialized health services and establishing referral centers in the Eastern Caribbean countries. Submitted to: Pan American Health Organization/World Health Organization, Office of Caribbean Program Coordination. 1990.



tificar todos los programas de formación médica especializada en Barbados, Guadalupe y Martinica, que podrían afectar la disponibilidad potencial de servicios especializados y ofrecer futuras posibilidades, tales como la consulta ambulatoria especializada.

Entre sus muchas conclusiones destacamos que: (a) confirmó las altas tasas de utilización de los servicios por los residentes de la OECS en estos tres países; (b) determinó que, si bien no existían acuerdos formales entre los países, sí existen convenios entre el Centro Hospitalario Universitario de Martinica y el Gobierno de Santa Lucía, y entre el Centro Hospital Universitario de Guadalupe y el Gobierno de Dominica^{viii}.

Los Estados Miembros de la OECS han continuado la búsqueda de fórmulas para mejorar los acuerdos entre sus Estados miembros. Es de esperar que la rica historia de los servicios compartidos dentro de la OECS y el Caribe Inglés en su conjunto, continúe promoviendo un enfoque colectivo a la prestación de servicios integrados de atención de salud a la población de los Estados Miembros de la OECS.

La historia del Caribe Inglés, como parte de las colonias del Imperio Británico, explica una evolución y características únicas de sus sistemas de salud, en comparación con los países de América Latina. Los sistemas de salud en esta sub-región evolucionaron en la misma línea del sistema de salud en Gran Bretaña. Luego de la independencia, los sistemas de salud nacionales siguen manteniendo múltiples características de ese modelo original, y sigue habiendo un fuerte sentimiento de cohesión cultural dentro de la sub-región, que ha fomentado un enfoque colectivo para enfrentar muchos de los problemas que afrontan, incluyendo la salud. Esta rica historia de servicios compartidos entre los Estados miembros de la OECS, puede facilitar la creación de una red integrada de servicios de salud para la población de la subregión.

4. Chile

Durante la última década en el país, con la puesta en marcha de la reforma de salud, la gestión en red de los establecimientos de salud se ha incentivado por medio de cambios que se introdujeron a la normativa del Sistema Público de Salud, a través de modificaciones en los roles de los Servicios de Salud y tam-

^{viii} Clodion, M. Access by residents of OECS to specialised medical care services in Barbados, Guadeloupe and Martinique. Submitted to: Pan American Health Organisation/ Organisation of Eastern Caribbean States, October, 2002.



bién de las responsabilidades de los establecimiento públicos, particularmente de los hospitales con la Autogestión en Red. En todo caso, esta perspectiva reconoce también en la historia de la Salud Pública del país una larga, aunque no siempre satisfactoria tradición que ha buscado la articulación de los establecimientos, en el territorio del cual forman parte y de los distintos niveles de complejidad.

Esta larga evolución ha transitado por diferentes etapas, marcadas cada una de ellas por distintos énfasis y tendencias. Ha sido así desde la formación del Servicio Nacional de Salud, en el año 1952, que agrupó a todos los establecimientos de salud públicos y de la beneficencia, hasta los cambios de la reforma actual, pasando por los cambios introducidos en el año 1981 por el Gobierno Militar, con la descentralización de la provisión de servicios de atención, separación de funciones e introducción de elementos de mercado, privatizando la prestación de servicios y del aseguramiento.

El año 2000, después de realizados una serie de cambios e inversiones en infraestructura y equipamiento por los primeros gobiernos democráticos, se instaló un cambio en el debate de salud, que dio impulso a un nuevo proceso de reforma, fundamentado en el diagnóstico epidemiológico del país, que destacó la disminución de la natalidad y el aumento de la expectativa de vida, con un aumento del número de población sobre los 65 años y una elevación también muy importante, de los problemas de salud asociados a este grupo etario, la patología crónica, como las asociadas al riesgo cardiovascular, los tumores malignos, el daño multiorgánico y aquellos que son resultado de los trastornos de la salud mental y que se materializan en accidentes y violencias.

La Reforma de Salud plantea enfrentar diferentes aspectos, aumentar la equidad, entregar protección financiera, asegurar calidad y para ello promueve cambios en las distintas funciones de nuestro Sistema de Salud, partiendo con una extensión en la separación de funciones, al crear dos Subsecretarías de Salud (de Salud Pública y de Redes Asistenciales), dependientes del Ministerio respectivo y con una serie de modificaciones en el financiamiento, el aseguramiento y también en la provisión de la atención. Es en este último ámbito donde se pueden apreciar las modificaciones destinadas a mejorar la organización en red del trabajo de los servicios de atención. Todos estos cambios se materializaron en una serie de leyes con las cuales se comenzó la implementación de la Reforma.



4.1. La Reforma de Salud. Nuevo modelo y Autogestión en Red.

En la Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria y nuevo Modelo de Gestión se establecen dos grandes cambios orientados hacia la integración de redes asistenciales: la creación de una nueva Subsecretaría a cargo de las redes asistenciales y la reestructuración de los Servicios de Salud, con cambio en el rol de la dirección de los Servicios de Salud, hacia la “gestión de la red”, con la formación de un Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), una nueva ubicación para la atención de primer nivel y un nuevo diseño de administración, llamado: auto gestión hospitalaria en red. El diseño que está tras este modelo es el de una red integrada y re-articulada desde los Servicios de Salud, teniendo al Nivel Primario de Atención como puerta de entrada y también, con un fuerte énfasis en la mirada del conjunto de la población en el territorio y por lo mismo, orientado a la participación comunitaria.

Dentro de estos cambios, la conformación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial, fueron una herramienta fundamental, ya que en él confluyen varios de los distintos componentes de esta Reforma: la relevancia de la Atención Primaria, la instalación de encuentros, protocolos, entre todos los actores, Así como, de manera más estratégica, herramienta de equidad y eficiencia de los servicios de salud.

El CIRA se crea como una estructura de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud (gestor de la red), al que le corresponde asesorar y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección del Servicio, los hospitales y los establecimientos de atención de primer nivel, sean estos propios del Servicio o establecimientos municipales de primer nivel de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios. El Consejo está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención y privados que integran la Red Asistencial del Servicio.

Sobre estos consejos, se lleva adelante una valiosa investigación^{ix} que de manera preliminar, ya entrega datos sobre su implementación en todos los servicios. Estimulados por su inclusión en los compromisos de gestión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pero también, porque se instala sobre estructuras que ya existían en varios servicios, estos Consejos funcionan de manera regular,

^{ix} Oscar Arteaga y cols, “Evaluación de los Consejos Integradores de Red Asistencial de los Servicios de Salud en Chile”, Proyecto FONIS, 2010. Datos entregados por Olga Toro, en entrevista con el autor.



al menos una vez al mes. La dinámica de sus encuentros es tan diversa, como heterogénea la composición de sus integrantes. Ambos son aspectos fundamentales, en la posibilidad de una real deliberación, al servicio de la asesoría del Gestor de Redes. En este sentido, una de las experiencias que se destacan, en términos de logros en el desarrollo de una Red Integrada de Servicio de Salud, es la del CIRA de la Provincia de Ñuble, de la Octava Región.

4.2. Experiencia del Consejo de Integración de la Red Asistencial de Ñuble, Región de Bio-Bio.

Tal como ellos mismos señalan, este “Consejo Integrador de la Red Asistencial, es un consejo asesor de la Dirección del Servicio de Salud Ñuble para articular la Red asistencial de la provincia en forma eficiente y eficaz; para proponer políticas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en salud y, también, proponer iniciativas para disminuir las brechas de atención”.

Está integrado por 11 consejeros comunitarios, elegidos democráticamente entre los representantes de los consejos de desarrollo, por 12 consejeros sectoriales que corresponden a jefes de Salud Municipal, directores de Consultorio y Hospital, elegidos participativamente. Ambos consejeros, comunitarios y sectoriales, representan a los territorios de Punilla, Valle del Itata, Laja, Diguillín y Centro. Además lo integran 8 representantes del servicio de salud.

Al Consejo Integrador de la Red Asistencial le corresponde proponer iniciativas que contribuyan a disminuir las brechas de atención de los usuarios, proponer políticas de salud que contribuyan a mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de salud de la población. También asesora al Director del Servicio en relación a los mecanismos de referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la Red del Servicio.

En el estudio que hemos comentado, que se aún encuentra en marcha, se ha destacado como característica sobresaliente de estos consejos, la especial representatividad desarrollada en Ñuble, donde su normativa consensuada entre los actores de la red y establecida formalmente, representa un gran logro de red, puesto que al ser un acuerdo colectivo, institucionaliza a nivel de poder, su democratización, al servicio de una articulación de la red, que permite producir en conjunto, protocolos de relaciones entre los distintos niveles de atención, estrategias para abordar la resolución de listas de espera, y decisiones sobre qué y dónde instalar a los especialistas, necesarios para resolver los déficit de atención. En resumen, se toman decisiones de igual a igual, entre todos,



sobre lo fundamental, las necesidades de salud de la población perteneciente al territorio de responsabilidad de ese Servicio de Salud.

En otro nivel, el Consejo Integrador de la Red Asistencial de Ñuble, desarrolló procesos de gran trascendencia para la salud de su población, como ha sido la planificación estratégica de su red y planes anuales de acción, formulados con el acuerdo de todos los actores. No ocurrió lo mismo, en materia de decisiones de inversión, lo que habría representado otro gran avance.

Evaluada la integración de esta red por los mismos actores, éstos destacan un avance importante en la construcción de vínculos, a partir del intercambio de información entre ellos, que ha permitido -como primer nivel de vinculación-, el conocimiento. Luego fue la puesta común de acuerdos y su implementación incluyendo la evaluación de los cumplimientos de éstos; todo ello como avances hacia la construcción del aspecto fundamental de una red: el desarrollo de niveles crecientes de confianza entre todos los actores.

En los resultados de este trabajo importa la participación de facilitadores destacados. El liderazgo del gestor de esa Red, Dr. Iván Paul, convencido del valor de la participación, le asignó relevancia política a la tarea de hacer red, otorgando tiempo y atención a este proceso. Igualmente se ha destacado, como un elemento positivo para los logros de esta red, una historia de ese Servicio de Salud, con buenos niveles de participación de su comunidad, especialmente, en la atención primaria. También sobresale la participación de actores interesados en trabajar en conjunto, de todos los establecimientos y, un equipo de gestión, competente y motivado.

4.3. Financiamiento y redes en la experiencia chilena

En Chile^x, los Servicios de Salud cumplirían en gran medida las condiciones formales que se requieren para formar sistemas integrados de atención. Por una parte, estos están integrados legalmente. Por otra, el financiamiento, si bien no corresponde a una capitación ajustada por riesgo, contempla convenios de pago capitados a la atención primaria y a un sistema de presupuesto global a cada Servicio. Es necesario recordar que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) no financia directamente a los establecimientos de salud, sino que el financiamiento es entregado a los Servicios de Salud y estos lo distribuyen entre sus hospitales. El presupuesto global tiene un componente fijo y uno variable asociado a actividad. Hasta antes de la reforma AUGE (2005), el

^x El caso chileno se podrá ver más en extenso en los anexos del libro (CD).



componente variable asociado a la actividad (programa de prestaciones valoradas) no superaba el 30% del financiamiento del SNSS, porcentaje que se venía incrementando lentamente desde su introducción en 1995. Con posterioridad a la reforma AUGE este porcentaje se ha ido elevando a cerca del 50%. De esta manera, los Servicios de Salud han dispuesto, y aún disponen, de un marco presupuestario relativamente estable año a año, lo que permite organizar, con cierta tranquilidad y estabilidad en el tiempo, la actividad asistencial de sus redes. Las dificultades para que dichos servicios funcionen efectivamente como RISS guardan relación, entre otras materias, con que los directivos de los Servicios aún no asumen plenamente su nuevo rol tras la reforma de “gestores de red”, a insuficiencias en el ámbito de la gobernanza y a una insuficiente alineación entre objetivos de red y asignaciones e incentivos. La principal falencia es que el monto asignado a cada red aún no guarda relación con la población a la cual atienden (es decir, no existe equidad geográfica en la distribución de recursos) y con el perfil epidemiológico de esta población (es decir, no existe ajuste por riesgo).

Un aspecto que es lícito relevar es que aún subsiste el enfoque tradicional de redes, subyacente a la conformación de los Servicios de Salud el año 1979, lo que podría denominarse como “enfoque de oferta”. Bajo este prisma, los Servicios estaban encargados de la gestión de los establecimientos que producen las acciones de salud y que forman parte de la red. Antes de la Reforma AUGE, las Direcciones de los Servicios no sólo eran dueñas de los hospitales, sino que además eran responsables de la gestión de sus establecimientos. Con la Reforma AUGE se introduce en Chile la autogestión hospitalaria, la cual intenta generar una cierta separación entre las Direcciones de los Servicios y los Hospitales Autogestionados en Red. En este nuevo marco de reforma, bajo un enfoque de demanda, el enfoque de oferta aún se mantiene. Para que se genere el cambio, el Servicio se debería convertir en *comprador* y desde esta perspectiva pasa a ser crítica la definición de la cartera de servicios, facultad que contempla la nueva legislación.

Es necesario notar que la ley deja espacio para ambas interpretaciones (centrada en oferta y/o en demanda), sin percatarse que constituyen estrategias organizacionales totalmente distintas. Ello explica en parte que, en la práctica, los Servicios aún permanecen en el enfoque de oferta, sin ni siquiera asumir el rol corporativo. Así puestas las cosas, el problema de la autogestión hospitalaria –que ha captado tanto la atención de las autoridades sectoriales chilenas en los últimos años- no está focalizada conceptualmente en los hospitales -que tendrán que cumplir su parte en el proceso modernizador- sino fundamentalmente en los Servicios de Salud, que aún no asumen el rol que les cabe en la Reforma en relación a sus hospitales.



En el caso chileno, desde los años 90 se ha transitado desde el presupuesto histórico al pago por paquetes de prestaciones en los niveles de atención secundaria y terciaria y se ha implementado el pago per cápita, en el caso de la Atención Primaria (APS). Sin embargo, en la práctica, en ambas situaciones se ha producido el fenómeno de pagar finalmente a través de un mix entre paquete e histórico -en el caso de la atención secundaria y terciaria- y de un mix entre per cápita y pago por prestaciones, en el caso de la APS.

En el caso específico de la atención secundaria y terciaria, que paga la producción de los hospitales de la red, no se ha podido avanzar más allá de un 50% en lo referido al pago por paquetes; el resto, alrededor de la mitad, sigue siendo un presupuesto histórico que está fundamentalmente asociado a obligaciones legales, contraídas con los funcionarios, lo que provoca grandes inequidades a la hora de la entrega de los recursos y que hace necesario, por tanto, revisar este mecanismo de pago. Igual cosa ocurre con la capitación en el nivel primario. Allí, cada vez más frecuentemente, se entregan recursos asociados a prestaciones y no aumentando el monto de la cápita, lo que desvirtúa el concepto de la capitación. Si bien es cierto, que el pago por paquetes y por prestaciones asociados a una persona pareciera ser una clara manera de controlar que los recursos lleguen a los beneficiarios, desde el punto de vista de la gestión financiera es un mecanismo que rigidiza el accionar de los directivos de un hospital -aún cuando en una primera etapa los puede haber ayudado a establecer sus costos y ordenar los centros de responsabilidad - y no les permite *eficientar* el uso de los recursos.

El paso siguiente a un pago por prestaciones o paquetes de prestaciones, que se debate actualmente en Chile en el contexto de una red integrada y definida con niveles de complejidad, debiera ser el pago a través de una capitación ajustada al riesgo sanitario de la población usuaria, asociando los recursos a resultados sanitarios y dejando afuera el pago por aquellas intervenciones de más alta complejidad. Lo anterior lograría un pago por resultados (indicadores de salud) de base poblacional, en lo que se refiere a la mayor parte del quehacer de un establecimiento y a un pago por prestaciones, acotadas a un presupuesto, para aquellas intervenciones de más alto costo. Esto permitiría al hospital conocer ex-ante la cantidad de recursos con la que se contará anualmente y manejarlos con mayor eficiencia. Este sistema de pago puede llevar asociado incentivos por resultados.



4.4. Ejemplo de Tics y redes en Chile

La reciente Reforma de Salud en Chile inició su implementación teniendo a las Tics como un elemento esencial, tanto por el volumen de información que el sector requiere gestionar como por las nuevas prácticas de trabajo que se debía instalar. Para ello se están desarrollando iniciativas orientadas a apoyar las Redes de Salud^{xi}, a fortalecer la Autoridad Sanitaria, a mejorar la gestión de redes asistenciales y a garantizar el acceso transversal a tecnologías de Información y Comunicación, tales como la Red Minsal (Ruta 5D del Ministerio de Salud), la implementación de Registro Clínico Electrónico para la Atención Primaria de Salud, Sistema de Vigilancia de Enfermedades de las Personas, Sistema de Información de Atención Pre-hospitalaria, entre otras.

Uno de los proyectos más ambiciosos es el denominado Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), cuyo objetivo general es instalar un sistema de información constituido por un conjunto integrado de aplicaciones y componentes interoperables, como soporte tecnológico de los procesos claves de la gestión sanitaria, administrativa y de recursos de la red asistencial en salud. Desde una perspectiva tecnológica, este sistema de información se define como un ecosistema de aplicaciones, de alcance nacional, flexible y adaptable a la operación de las redes asistenciales y a sus procesos de atención, definiendo previamente estándares de información y tecnología. En forma práctica, el SIDRA es un conjunto de soluciones y aplicaciones (módulos) que soportan los procesos de atención de las personas en la Red Asistencial, que permiten fortalecer el trabajo en red asistencial y dar soporte a la gestión operacional en cada nivel, enfocado en mejorar la atención integral de los usuarios del sistema público de salud.

Con el propósito de implementar su instrumentación, se realizó inicialmente una licitación pública⁷ para calificar y acreditar proveedores que estuvieran en condiciones de ofertar sistemas de información para los siguientes procesos: Agenda, Referencia y Contra-referencia, Dispensación Ambulatoria de Fármacos, Urgencia y Registro de Población bajo control (Registro Clínico de la Población en Programas de Atención). A la fecha, un total de 19 de los 29 Servicios de Salud se encuentran en proceso de implementación de sistemas clínicos integrados que vinculan e integran la información de las atenciones de las personas y beneficiarios entre primer nivel, el segundo y tercer nivel de atención.

^{xi} Comunicación personal de Sergio A. König, Director del Centro de Información, Tecnologías y Gestión para Salud y Director de IT&GS Consultores Ltda.



4.5. Conclusiones y desafíos de la gestión en redes en Chile.

El análisis de la evolución en la conformación de redes integradas de Servicios de Salud, que corresponde a la mirada del Sistema Nacional de Servicios de Salud, posterior a los cambios implementados por la Reforma de Salud, en la organización de la provisión de servicios, bajo la perspectiva de la Hoja de Ruta para la implementación de Redes Integradas, entrega como resultado que Chile se encuentra en una transición, de redes parcialmente constituidas a redes integradas. Esto es coincidente con la visión que aportan un conjunto de actores del sector salud, que han sido entrevistados para elaborar este documento^{xii}, así como lo que se aprecia en la informalidad del diálogo cotidiano en el sector salud de nuestro país.

La gestión en redes es evaluada positivamente, pues es la forma de trabajo que corresponde para enfrentar los desafíos sanitarios actuales. Se entiende que el trabajo en redes integradas ayuda a los pacientes, asegurando la continuidad e integralidad de su atención, a ellos y a la población en conjunto. Asimismo, se entiende como eficiente y efectiva. Se reconoce también, una tradición de desarrollo en la historia del país, al menos claramente desde la formación del Servicio Nacional de Salud, luego con la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud y actualmente, con la Reforma de Salud, que promueve la gestión de redes a través del Consejo Integrador de las redes asistenciales.

Por otra parte, se aprecia que la articulación en redes tiene expresiones acotadas a situaciones particulares muy importantes; en acciones como la coordinación de un auxiliar rural con el hospital donde reciben a la madre dos semanas antes de su parto o, en la acción conjunta del sistema de salud en la Campaña frente a la pandemia del nuevo virus Influenza, el año 2009 o en otras, como la campaña contra el Cólera a comienzos de la década de los noventa o actualmente y en la implementación del Sistema de Garantías explícitas, entre otras. En todas ellas, se aprecia la colaboración, la continuidad de la atención y finalmente, la protección de la población a estos riesgos.

^{xii} Para este trabajo hemos entrevistado a ocho directivos del Sector Público y Privado de nuestro país, de diferentes niveles. Ellos son: Dra. Alejandra Rodríguez, Ex directora del Hospital de Urgencia Asistencia Pública; Dra. Verónica Alcántara; Directora del Servicio de Salud Metropolitano Norte; Dr. Leonardo Ristori, Ex Director del hospital de Urgencia Asistencia Pública, Servicio de Atención Médica de Urgencia Atención pre hospitalaria de Santiago de Chile y Director Médico de Urgencia de Clínica INDISA; Dr. Álvaro Tellez, Director de Atención Ambulatoria de la Universidad Católica de Chile; Dr. Inti Paredes, Ex Director Hospital San Borja; Dr. Osvaldo Gasc; Ex Director Hospital de Puerto Montt; Dra. Gisela Alarcón, Ex Directora Complejo Asistencia Barros Luco y Ex Jefa Unidad de Autogestión, Ministerio de Salud y Dr. Iván Paul; Ex Director del Servicio de Salud Ñuble.



Tabla 5.1: Aspectos críticos desde la mirada del financiamiento en el caso chileno

Aspectos críticos
Determinación por parte de la autoridad sectorial, de la necesidad de que los establecimientos de salud se organicen e integren de manera tal que esta integración dé cuenta de las necesidades de los usuarios. Es decir, mirar la red desde el punto de vista de la demanda y financiarla igualmente considerando estas necesidades. De lo contrario, el manejo financiero de los establecimientos de forma aislada solo daría cuenta de las necesidades de éstos, es decir de necesidades de la oferta. Todo lo anterior podría caer en el ámbito de las definiciones de políticas.
Establecimientos que forman parte de una red deben igualmente mirarse como un todo y organizar su oferta en este contexto. Esto implica una mirada racionalizadora, tanto a los aspectos administrativos como técnicos, en el marco de la cartera de servicios que se le ha definido previamente.
El financiamiento debe seguir a las redes definidas, como lo señalamos anteriormente y no al revés, como ha ocurrido en muchas ocasiones en Chile, que la red siga al financiamiento.
Incentivos para retención del personal que trabaja en las redes que es mayoritariamente médico. En la actualidad resulta difícil mantener a los médicos en el sector público, dada la gran demanda que existe en el mercado y una manera de mantenerlos en el sector es a través del pago de incentivos, que no necesariamente deben ser monetarios (Capacitaciones, viajes de perfeccionamiento, postgrados).

Tabla 5.2: Fallas y aciertos en la experiencia chilena

Fallas
Contradicción entre las políticas sectoriales –una de ellas ha definido la necesidad de tener redes integrales– y el día a día que sigue la lógica de ceder ante el “lobby” y las presiones de grupos organizados.
Esto ha significado que la racionalización, que es inherente a la integración de las redes, muchas veces se vea sobrepasada, específicamente en lo referido a la cartera de servicios que debe entregar un establecimiento de salud. Lo mismo ocurre con ciertas instalaciones de equipamiento, construcción de hospitales, desarrollo de tecnologías o de servicios clínicos, cuyo visto bueno no responde a la necesidad de la red, sino a un determinado grupo de presión.
Discurso en que las redes se organizan y se financian mirando la demanda y una praxis donde la oferta sigue siendo un factor importante a la hora de la toma de decisiones.
Aciertos
Haber asumido que las redes deben estar integradas para dar respuesta a una atención integral a los beneficiarios. El gran desafío es lograr esta integración de la manera más racional y efectiva posible, nunca perdiendo de vista que el objetivo final es el usuario, quien requiere de una atención de salud de calidad y entregada oportunamente.
Para ello es fundamental contar con un financiamiento adecuado y con mecanismos de pago que permitan una gestión financiera eficiente. El financiamiento –cantidad de recursos– y los mecanismos de pago son grandes desafíos a resolver a la hora de pensar en redes o sistemas de salud integrados.



Sin embargo, este diagnóstico también muestra deficiencias: en la insatisfacción de la población y los actores del sistema, por la duplicación de acciones, en la pérdida de antecedentes entre un nivel y otro, las derivaciones no pertinentes, en las desatenciones de un nivel a las solicitudes de otro y en la gran espera en listas de atención de especialidades, donde la falta de colaboración se expresa de manera dramática.

Los desafíos principales a juicio nuestro y de los expertos consultados son: superar la insuficiencia de recursos y la carencia de incentivos alineados, mejorar la gestión de la relación entre los actores de la red y la coordinación de acciones de ellos mismos, que plantea una tarea especial en la cultura de nuestros equipos de salud hospitalarios.

Respecto de los recursos e incentivos, los caminos son mejorar el rendimiento de ellos y atraer más. Si bien la relación entre indicadores sanitarios de Chile y gasto en salud es muy positiva, todavía es posible mejorar su eficiencia. En todo caso, es importante considerar que Chile tiene mejores indicadores sanitarios que el promedio de las naciones, con un gasto de PIB en salud menor que el promedio de los otros países. Por esta razón, junto con promover la eficiencia, se debe también aportar un mayor porcentaje de Salud en el PIB. Y, estos nuevos recursos por ahorros y aportes agregados, deben compartirse con incentivos a la acción de redes.

La gestión de la relación, se debe mejorar con distintas herramientas tales como protocolos, guías clínicas y de procedimientos, en definitiva, la normalización del quehacer en la red integrada de servicios de salud, como se hizo en el AUGE, donde se instaló una estandarización notable de procesos clínicos, con garantías de acceso y tiempos de respuesta predefinidos.

Los sistemas de información son importantes, pues son parte consustancial de todo sistema en red. Por ello, los esfuerzos parciales y los que mayor rendimiento tuvieron deben alcanzar ahora, una integración global. Desde el nivel central los liderazgos técnicos y políticos deben ser muy poderosos, con claridad conceptual y de integración institucional, invirtiendo los recursos necesarios acorde a este esfuerzo.

En cuanto a lo que ocurre con la coordinación de acciones, que se estructura en la cultura, los desafíos implican desarrollar liderazgos capaces de transmitir la mística que brilló estos años en algunas de las experiencias comentadas anteriormente y fortalecer la formación en aprender a escuchar, pedir, prometer, negociar y cerrar los compromisos como acciones fundamentales para lograr relaciones de colaboración de equipo, donde el resultado global posibilita también los desarrollos propios. La reforma logró instalar significados distin-



tos a los tradicionales. Sin embargo, el poder de las culturas propias e internas de las instituciones de todos los niveles del sistema, sumado a los intereses de grupos a cuyo poder la lógica de redes se opone, aún siguen estando presentes. Para seguir avanzando se requiere además, un fuerte apoyo político con bases conceptuales claras y espacios de formación permanentes cuyo eje esté puesto en la educación en red.

5. Colombia

Colombia ha evolucionado, en materia sanitaria, desde la total dispersión de responsabilidades, esfuerzos y recursos, hasta la conformación de un sistema de seguridad social en salud, basado en la competencia regulada y en la asignación de competencias a los actores del mismo. A partir de un precario sistema hospitalario público-privado, se avanzó en el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, con orientación de Atención Primaria en Salud, organización de redes de servicios por niveles de atención y escalones de complejidad tecnológica y, descentralización de competencias y recursos en los entes territoriales. Este enfoque se desarrolló de forma importante en la academia y en sectores políticos, siendo precursores de la filosofía de determinantes de la salud y soporte de la reforma en materia de derechos ciudadanos, entre ellos la seguridad social y la salud; aportes consignados en la nueva Constitución Política de 1991 y en la ley estructurante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con base en el pluralismo estructurado, se planteó la financiación mixta (aportes fiscales, parafiscales, de los empleadores y de los trabajadores; así como retenes denominados copagos y cuotas moderadoras), el esquema de Competencia Regulada, y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, agentes que -entre otras funciones-, asumen la organización de su red de proveedores de servicios para atender a sus afiliados. Hasta esa época, la cobertura de salud se estimaba en cerca del 20% de la población colombiana y la seguridad social era aún más limitada. Después de casi dos décadas, la cobertura de la afiliación al sistema de salud se acerca al 90% de la población, la mayor parte de la cual se encuentra subsidiada por el estado y, a su vez, se estableció un Sistema Único de Calidad. En la primera fase de su implementación, se afectaron de manera negativa los indicadores de salud pública y el acceso real a los servicios; hizo crisis el Estado en su función de rectoría pues, por un lado, es muy fuerte el poder de las aseguradoras y, por otro, la corrupción ha afectado de forma importante a la salud.

El Estado ha realizado algunas reformas especialmente de tipo coyuntural,



iniciando el diseño de redes de proveedores públicos hacia el año 2005. Sin embargo, permanecen los problemas de tipo estructural como son el desconocimiento de los determinantes de la salud, la inequidad en el acceso a los servicios (por ejemplo, la mayor parte de la población afiliada recibe cerca del 60% del Plan Obligatorio de Salud), la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el intrincado flujo de recursos entre los pagadores y proveedores de servicios, la deficiencia y/o la desigualdad en la distribución de los recursos tanto humanos como tecnológicos en la población, la falta de control en el precio de los insumos y medicamentos, las fallas en la calidad del servicio, el lento desarrollo de la tecnología y de la investigación en salud.

Con la expedición de la ley 1438 de 2011, se pretende dar respuesta a algunos de estos problemas, incluyendo temas como la refinanciación del sector, la Atención Primaria en Salud, el trabajo intersectorial para afectar los determinantes de la salud, el establecimiento de un Instituto de Evaluación Tecnológica, ajustes administrativos y financieros para la red de hospitales públicos y la exigencia de la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Esto significa que habrá que esperar por lo menos un quinquenio para establecer la obtención de los resultados planteados por esta nueva reforma y su impacto en los principales indicadores de salud de la población.

5.1. Experiencias de Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia

Cuando analizamos las diferentes experiencias en Colombia en torno al tema, podemos concluir que no se han implementado ni desarrollado las RISS. Los intentos de reorganización de redes que existen en el país han buscado disminuir los problemas relacionados con falta de acceso a los servicios y de oportunidad en la atención, pérdida de continuidad de los procesos asistenciales, falta de consistencia de los servicios con las necesidades y expectativas de la población, falta de coordinación entre los diferentes niveles y puntos de atención, baja capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

En el marco del Programa de Modernización y Reorganización de Redes, del Ministerio de la Protección Social, varios departamentos y el Distrito Capital han realizado estudios orientados a la reorganización de la red pública hospitalaria, en los cuales, basándose en la ubicación geográfica de las instituciones de salud existentes en el departamento, se generan unas redes para referencia y contra-referencia de pacientes para la atención a la población pobre no asegurada y para la atención a la población subsidiada, contratada por las Em-



presas Sociales del Estado (ESE). Estas propuestas distan mucho del concepto de Redes Integradas, no cumplen con los atributos esenciales de las RISS en cuanto al modelo de atención, a la organización y la gestión necesarias, ni tienen el desarrollo apropiado a los procesos de participación social ni de acción intersectorial que permitan tener una verdadera gobernanza.

En el país existe una reglamentación contradictoria; por una parte existe una normatividad que promueve la libre competencia en el mercado entre los actores (regulado por la Superintendencia de Industria y Comercio) y, en contraste, existe un mercado regulado con una exigencia de contratación mínima con el sector público, que no se cumple en muchos de los municipios y departamentos, por la falta de rectoría de los entes territoriales y por las debilidades en inspección, vigilancia y control de la autoridad competente. Lo anterior genera grandes interrogantes sobre la posibilidad de la implementación de Redes Integradas, a pesar de lo expedido recientemente en la Ley 1438 de 2011. Por otra parte, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) cada vez cuentan con mayor integración vertical, lo que se convierte en un gran reto para el Sistema General de Seguridad Social (SGSS) colombiano.

Propuestas de algunos entes territoriales, como la de Conformación de la Red Prestadora de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá como una Red Integrada de Servicios de Salud, que se basa en los principios fundamentales de la APS, pretende que en el marco del SGSSS y en un contexto de mercado, se pueda mejorar la eficiencia de las ESE, contribuir en la disminución de las barreras de acceso a los servicios, satisfacer las necesidades de la población bogotana en la provisión de servicios de salud, contribuyendo a minimizar o eliminar los riesgos y daños, favoreciendo de paso la sostenibilidad financiera de las ESE. La Ley 1438 de 2011 da herramientas para ello; sin embargo la reglamentación será lo único que permita responder tantas interrogantes existentes en torno al tema y, lo más importante: solucionar las ineficiencias.

5.2. Particularidades y desafíos en la implementación de RISS en el SGSSS de Colombia

La estructuración y gestión de RISS de por sí es un proceso de alta complejidad que implica una clara y fuerte rectoría, una adecuada sinergia entre la macro política, la meso y micro gestión, teniendo como eje el acceso, la continuidad y la coordinación de la atención del usuario desde el ámbito de la APS hasta la atención altamente especializada. Para ello se requiere que la



red responda a una necesidad de salud de una población circunscrita a un ámbito geográfico y un perfil epidemiológico específico que permita evaluar con objetividad y de manera integral e intersectorial su riesgo de enfermedad.

El Sistema Colombiano de Seguridad Social en salud implementado desde 1993, ha generado durante estos años unas condiciones específicas y particulares de interrelación entre los diferentes actores, que no coinciden necesariamente con las enunciadas en el párrafo anterior y por lo tanto, se hace necesario revisar su compatibilidad con la implementación de RISS, por lo menos en los términos planteados por la estrategia continental impulsada por OPS, hecho que adquiere una especial y actual relevancia en virtud del nuevo giro planteado por la reciente ley 1438 del 19 de enero del 2011, que pretende hacer ajustes a la reforma colombiana, orientando la Organización de los servicios hacia RISS basados en APS. Como consecuencia de lo anterior surgen interrogantes y desafíos que será necesario dilucidar:

1. Competencia vs Complementariedad de los prestadores. Al impulsar la administración gerenciada de las instituciones de salud en un mercado abierto con insuficiente regulación, se estimuló la competencia entre los prestadores a quienes se les impuso el principio de “quien no es autosuficiente y eficiente desaparece”, con lo cual se generó un espíritu de competencia por facturar, lograr eficiencia y posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Esa condición hizo ver a los otros hospitales como competidores frente al mercado de la salud y no necesariamente como *partners* en el proceso de conservación del mismo y continuidad de la asistencia sanitaria. En ese contexto existirá incompatibilidad entre el modelo de RISS, basado en APS tan aplicable en una lógica de estado frente al modelo colombiano de competencia “regulada” e inspirado en el mercado. ¿Cuáles son los mecanismos, estímulos y condicionantes para que en el lugar donde los prestadores antes veían la necesidad de competir, ahora actúen basándose en la complementariedad? Quizás ese sea el principal desafío en la reglamentación de la nueva ley.

2. ¿Es posible la regulación del mercado para generar un enfoque de redes? Tres elementos son fundamentales para regular la relación entre financiadores y proveedores de servicios de salud: a) El tarifario, b) El tiempo de pago y c) El mecanismo de pago. De acuerdo a la experiencia internacional, todo parece indicar que una buena opción para la implementación de RISS serían los pagos prospectivos, a través de un capitado ajustado por riesgo y perfil epidemiológico, complementado con pagos por evento basados en GRD u otros mecanismos que reflejen la complejidad de la prestación en los niveles de la atención especializada. Actualmente en Colombia no existe un tarifario base para la contratación de la prestación de los servicios, tampoco lo más característico ha



sido el pago prospectivo, más bien un problema generalizado ha sido el flujo irregular de recursos y la acumulación de cartera entre los diferentes actores, a través del cual transita el recurso. Y el mecanismo de pago que se ha difundido es el capitado para el primer nivel y el pago por evento en los otros niveles de complejidad. Teniendo en cuenta lo anterior, otro gran desafío será no dejar el aspecto tarifario a la merced de la libre competencia, sino evidenciar en la reglamentación de la nueva ley mecanismos claros de regulación del mercado de la salud que incentiven un abordaje de RISS basados en APS. ¿Será eso posible en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia?

3. ¿La gobernanza de las RISS es volver a centralizar? Por último, implementar RISS no implica de nuevo centralizar. Uno de los principales avances del proceso de descentralización en Colombia ha sido acercar la toma de decisiones a las necesidades de la población, el sentido de la conformación de redes es organizarse alrededor del proceso de asistencia sanitaria a fin de garantizar su continuidad y coordinación, pero no para retornar a la centralización de los procesos administrativos, en especial a los relacionados con el ordenamiento de gasto y la nominación de personal. Por otro lado, la conformación de RISS implica establecer mecanismos de gobernanza y una mínima estructura gerencial de la red, que generará costos nuevos y que, en el caso colombiano, aún no está claro si la financiación se soportará en un porcentaje de la cuota de administración de la Unidad de Pago Por Capitación (UPC) a cuenta de las EPS, quienes tienen la responsabilidad de garantizar la red que atenderá a sus afiliados; si existirá alguna nueva fuente de financiamiento del orden territorial o si será a cuenta de los limitados presupuestos de los hospitales. De cualquier manera, el planteamiento de que su gobernanza estará a cargo de los Consejos Territoriales de Seguridad Social es relativamente débil, frente a la gran responsabilidad de articulación de las diferentes instituciones que participarán en la conformación de RISS en las condiciones de Colombia.

En conclusión, algo como la implementación de RISS se vuelve especialmente complejo, puede que no imposible, en las condiciones del Sistema de Seguridad Social Colombiano. Sin embargo para lograrlo, adicionalmente será necesario reglamentar la APS para que no sólo se comporte como puerta de entrada, sino como *metacentro* de la asistencia sanitaria, la adecuada articulación de las acciones de salud colectiva, la salud pública y la consideración de los determinantes de la salud; el desarrollo de guías y protocolos en red que garanticen la continuidad y la coordinación del proceso clínico desde las APS y otros, enfocando sus resultados en indicadores sanitarios más que en los de índole financiero.

En virtud de lo anterior, quizás antes de lanzarse a la reglamentación, sea



necesario impulsar una serie de experiencias piloto que permitan validar con evidencia y objetividad la verdadera posibilidad y compatibilidad de RISS en el contexto del modelo colombiano.

5.3. Financiamiento y redes en el caso Colombiano

En forma sucinta se puede señalar que la historia colombiana reciente involucra la construcción de redes de servicios de salud –desde la perspectiva del financiamiento- en varias etapas. La primera, como proceso de planificación esencial en la creación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud, a partir de 1975, con fuerte desarrollo hasta la mitad de los años 80 y declive posterior, hasta su liquidación a partir de 1993. Esta evolución en parte importante se debió a la coaptación de los hospitales por caudillismo y clientelismo político, a la fragilidad de las competencias institucionales para sostener un desarrollo homogéneo a lo largo del país y a la capacidad de *lobby* de grupos médicos ultra especializados. Pero tanto las redes como el propio Sistema empezaron a romperse, producto de la descentralización político administrativa desde mediados de los años 80, cuando por mandato constitucional y legal se entregó a las municipalidades y a los nuevos alcaldes de elección popular, el manejo del primer nivel de atención.

El acelerado y desorganizado proceso de descentralización político administrativa, acabó de golpe con las redes de servicios, pues tanto los recursos, como la dirección de las instituciones de primer nivel de atención, eran independientes de los de segundo nivel de atención y complejidad. Los alcaldes empezaron a manejar sus recursos e instituciones con total autonomía y mínima o nula capacidad técnica, salvo en las grandes ciudades, mientras los hospitales que albergaban las direcciones regionales, que continuaban bajo responsabilidad de la gobernación departamental, se vieron obligadas a expulsar todo el personal de atención primaria y saneamiento ambiental que trabajaba para la red.

La ruptura de la red rápidamente se tradujo en importantes sobrecostos, especialmente originados en un crecimiento desbordado de personal y demás gastos en los hospitales de primer nivel de atención, además de una crisis en todos los programas de salud pública, que eran organizados por el equipo técnico de la regional, que ya no tenía competencias sobre las unidades locales, del nivel municipal. Los recursos municipales comenzaron a ser asignados poblacionalmente en la década del 90. Mientras que los hospitales seguían el presupuesto histórico. Todos los incentivos ligados al cumplimiento de metas desaparecieron paulatinamente y los hospitales entraron en una profunda



crisis, derivada de recortes presupuestarios que se iniciaron en la crisis económica y fiscal de 1985.

La segunda etapa de construcción de redes de servicios está ligada a la reforma de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, e introduce las reglas del mercado en el Sistema (ley 100), con la entrega de los recursos y la organización de los servicios de salud a entidades de funcionamiento privado que reciben un per cápita y cumplen la función de aseguradoras y de agencias para la provisión de los servicios de salud a sus afiliados.

La Ley señala que las aseguradoras son las responsables de establecer las redes de servicios para sus afiliados por lo que respondieron en dos formas: la primera, construir una red de centros médicos y apoyos diagnósticos de primer nivel propia, con lo cual controlaron completamente la ordenación de servicios hacia los niveles de complejidad más altos, clínicas y hospitales especializados que continuaban contratados por evento. Sobre estos se reforzaron los sistemas de auditoría médica en relación a la ordenación de exámenes de alta complejidad y ciertos tratamientos especializados. La segunda forma, fue la de los otros aseguradores que optaron por la integración vertical y construyeron una red propia de servicios para todos los niveles de atención. Esta integración vertical de la red en manos del pagador, que hoy parece volverse dominante, permite asignaciones presupuestarias a sus propios prestadores sin someterse a los precios del mercado, disminuye el costo de la auditoría, pero deja al usuario sin agencia que lo defienda cuando se presenta un conflicto con la clínica o el hospital, dado que el asegurador o su grupo empresarial es el mismo propietario de la clínica. El problema está entonces en el aseguramiento de la calidad y los derechos del usuario, es decir, en la regulación de este tipo de operación.

Dentro de las dos opciones señaladas, algunos aseguradores comenzaron a gestionar el riesgo en relación con las patologías prevalentes, como la diabetes y la hipertensión, integrando los servicios y mejorando la continuidad de la atención en esos problemas, o comenzaron aún limitadamente a contratar servicios por paquetes diagnóstico-terapéuticos, especialmente quirúrgicos y de maternidad, o a desarrollar algunos programas de atención domiciliaria de algunos pacientes crónicos como aquellos con enfermedades respiratorias obstructivas crónicas.

El capítulo más crítico ha correspondido a contratos en que las empresas que llevan el aseguramiento de la población pobre (Régimen Subsidiado), simplemente reciben un per cápita del Sistema por afiliado y trasladan un buen porcentaje del mismo a un hospital público que debe encargarse de todos los servicios de distinto nivel de complejidad, asumiendo todo el riesgo, salvo



quizás los servicios de alto costo, como cáncer, cirugía cardiovascular o diálisis, que se manejan aparte. Hoy se considera que los aseguradores simplemente trasladan el riesgo a los prestadores, limitándose a una intermediación financiera que no agrega valor, por lo que se han intentado prohibir en dos proyectos de ley, salvo para el primer nivel de atención.

El hospital que recibe el contrato de capitación puede o no estar organizado en red. En el primer caso, puede hacerse cargo de la totalidad de servicios de una zona geográfica sin dificultad y el contrato le es útil, salvo que el pago sea muy inferior al costo real de los servicios, en relación con el Régimen Contributivo, lo que acaba en barreras a los servicios, servicios incompletos, inexistencia de insumos o medicamentos. Si no está organizado en red, el hospital toma la responsabilidad de organizar dicha red, que es del asegurador, para lo que en principio no está preparado, al tiempo que asume todo el riesgo financiero del asegurador, para lo que tampoco está, ni tiene siquiera por qué, estar preparado, porque no es la función de un hospital calcular los riesgos y costos de un grupo poblacional.

6. Costa Rica

La estructura y organización de los servicios de salud de Costa Rica se conciben bajo los principios de la seguridad social y son proveídos por la Caja Costarricense de Seguro Social, a través de la red pública de Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), áreas de salud y hospitales (periféricos, regionales, nacionales generales y especializados). El Ministerio de Salud es el ente rector de la producción social de la salud y no presta servicios de atención directa a las personas. Las funciones del ministerio rector son: dirección política, planificación estratégica, modulación del financiamiento de los servicios, mercadotecnia, armonización de la provisión de servicios, regulación y vigilancia de la salud.

La Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) es una entidad pública, autónoma en organización y gobierno, establecida en la Constitución Política desde 1941. Se financia a través del pago de cuotas o contribuciones forzosas a la seguridad social, en forma tripartita: patronos, trabajadores y el Estado. La institución está dirigida por una Junta Directiva con representación de los mismos tres sectores y es presidida por un Presidente Ejecutivo nombrado por el Consejo de Gobierno de la República. Además de Salud (Enfermedad y Maternidad), la CCSS administra el Seguro de Pensiones (Invalidez, Vejez y Muerte) y el Régimen No Contributivo. Además es el ente recaudador del



segundo y tercer pilar del Sistema Nacional de Pensiones.

Los servicios de salud están organizados en tres grandes redes de servicios de salud: la red norte que va del centro del país hasta la frontera norte con Nicaragua y el pacífico norte; la red este que va del centro hasta la costa atlántica y la sur que abarca desde el centro del país hasta la frontera con Panamá y costa pacífica sur. Los servicios de salud se estructuran por niveles de atención y complejidad: el primer nivel de atención lo constituyen los equipos básicos de atención integral de la salud (EBAIS) y las Áreas de Salud; el segundo nivel los hospitales periféricos y regionales y el tercer nivel los hospitales nacionales y especializados. De la misma manera se organiza la referencia y contra-referencia de pacientes.

6.1. El caso del Hospital México

La organización en redes integradas de servicios de salud es una propuesta que ha venido tomando forma en los últimos decenios, como resultado de dos situaciones diferentes. En primer lugar, el factor político-administrativo dado que las autoridades de salud propusieron organizar los servicios de salud en redes funcionales, porque analizada la situación desde el punto de vista económico y social, resulta más eficiente el uso de los recursos disponibles como son el aprovechamiento de los recursos médicos especializados y los servicios de diagnóstico y tratamiento que cada nivel de complejidad ofrece, además de los servicios de transporte de pacientes, el pago de viáticos, el uso de ambulancias, y en segundo lugar, como respuesta a una realidad histórica de los servicios de salud en Costa Rica, generada por el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes de cada región del país hacia los hospitales nacionales.

En el tiempo se creó el espacio para la creación de las redes de servicios de salud, como se mostrará más adelante. Por ejemplo, los hospitales ubicados en la frontera norte con Nicaragua, como son el Enrique Baltodano, la Anexión de Nicoya, Upala y los Chiles (hospitales periféricos) en su conjunto refieren al Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, al Hospital San Carlos y al Hospital San Rafael de Alajuela (hospitales regionales) respectivamente, y a su vez todos ellos, al Hospital México, hospital nacional de tercer nivel, tanto por la complejidad a través de las consultas a especialidades y subespecialidades, como por el apoyo diagnóstico y de tratamiento de mayor complejidad.

Ante esta realidad concreta, la dirección del Hospital México decidió establecer una serie de acciones de coordinación, cooperación y organización con



todos estos hospitales, de modo que favorecieran y facilitaran la referencia y contra referencia de pacientes que descongestionaran los servicios en el tercer nivel, generalmente sobresaturados con pacientes subsecuentes, sistema conocido como *Carrusel*. Son todos aquellos pacientes que una vez atendidos y compensados de su dolencia, permanecen en el hospital del tercer nivel, por confianza con el centro, amistad con el médico o comodidad para el traslado. Esta situación satura las agendas e impide la atención de nuevos casos de primera vez en la especialidad.

Estas iniciativas se repitieron en las otras redes, pero siempre en un plano informal y más bien voluntario. Se lograron superar situaciones conflictivas, generalmente ocasionadas por el desconocimiento de lo que cada nivel dispone, tanto en recursos humanos y materiales como de equipo; se mejoró el servicio en aquellos aspectos que tenían que ver con coordinación, pero limitado en cuanto a dotación de recursos financieros, sistemas de información o adquisición de insumos.

Con estos antecedentes, el siguiente paso fue la creación del gobierno de la red. Sin duda, las buenas intenciones y la voluntad no son suficientes y se tomó la decisión de crear -con sede en el nivel central- lo que correspondería al gobierno de la red, con funcionarios con autoridad y posición jerárquica suficientes para establecer directrices de acatamiento obligatorio y para establecer los niveles de comunicación y coordinación correspondientes.

Dado que se tienen estructuradas tres redes principales, como se mencionó al inicio, se cuenta con tres “enlaces de red”, profesionales de la salud que en este momento coordinan los esfuerzos de la red hospitalaria correspondiente. En los últimos años, esta figura ha ido tomando forma y se ha ido constituyendo esencialmente en un gran coordinador de esfuerzos en ambos sentidos, del primer nivel hacia el tercero y a la inversa.

Si bien los hospitales continuarán coordinando sus esfuerzos en red, de la forma somera como hemos tratado de explicar, es importante aclarar que en Costa Rica desde la década de los años sesenta, el esfuerzo mayor se ha orientado al primer nivel de atención y a los equipos básicos y de apoyo, conformados por profesionales y técnicos que cada día cumplen con la misión de ser esencialmente la base de la pirámide de atención y el fundamento del sistema nacional de salud. Los hospitales cumplen con un rol vital e insustituible en dos planos esenciales: el primero desde el punto de vista de la prestación de servicios hospitalarios, donde se resuelven las necesidades de atención de ese nivel de complejidad, es decir en todos aquellos servicios de apoyo diagnóstico y de tratamiento, médicos y quirúrgicos que se requieren para la recupe-



ración de la salud. El segundo plano se da una vez superada esta situación, pues el paciente debe regresar para su seguimiento y control al primer nivel de atención. En otras palabras, se da una relación de pertenencia del paciente con el primer nivel de atención y no con el hospitalario. Lo que se quiere decir es que cada nivel cumple su rol en cuanto a la recuperación de la salud, pero la salud es un producto social que se asienta en el primer nivel de atención. Probablemente esta sea una situación que se da preferentemente en Costa Rica, donde la Atención Primaria de la Salud ha demostrado ser la estrategia fundamental del sistema. Así se continúan haciendo esfuerzos por reforzar las redes integradas de servicios de salud, como la única alternativa social, económica y técnica que permita a este país consolidar los logros de un sistema nacional público de salud.

7. Cuba

Una expectativa de vida cercana a los 78 años y una mortalidad infantil de alrededor de 4 por 1000 nacidos vivos al cierre del 2009 serían credenciales más que suficientes. Sin embargo, Cuba ha documentado notables progresos en diversas áreas de la salud: el mantenimiento de una red integrada de servicios de amplísimo alcance, la educación de una enorme y calificada fuerza laboral, el desarrollo endógeno de una infraestructura de investigación y producción biomédica, la eliminación o el control de las enfermedades infecciosas más frecuentes y su creciente papel en la mitigación de las consecuencias de desastres naturales, humanitarios y de epidemias en diversas partes del mundo, son pruebas de que los resultados de Cuba en materia sanitaria van más allá de lo que pueden capturar sus estadísticas vitales.

Aunque el caso de Cuba es bien conocido por la integración de sus servicios de primera línea basados en la medicina familiar, no ha sucedido lo mismo con la administración de sus hospitales. Así, esta contribución al capítulo de experiencias analizará algunos resultados del principal centro hospitalario de la provincia de Cienfuegos durante las últimas dos décadas, un hospital que es parte de una red integrada de servicios de salud que opera en el contexto de un sistema de salud basado en la atención primaria.

7.1. De servicios fragmentados a un sistema nacional de salud

La Revolución de 1959 heredó una infraestructura con escasa cobertura, in-



adecuada accesibilidad a los servicios y un rudimentario sistema de salud pública, donde destacaban un sector privado con un buen nivel de avances e instituciones públicas -por lo general precarias y abarrotadas- que se ubicaban en las ciudades principales. En 1959, Cuba disponía de alrededor de 6 000 médicos, de los cuales cerca de la mitad abandonó el país en los primeros años tras el triunfo de la Revolución.

A mediados de la década de 1960, los servicios de salud y de salud pública tradicionales se fusionaron, se conformó el nuevo Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Sistema Nacional de Salud (SNS). En 1961, de forma paralela a la campaña nacional de alfabetización, se creó el Servicio Médico Rural. Este proceso, con la masiva participación de la población, particularmente de las mujeres, produjo un rápido impacto, en especial en el mejoramiento de la salud materno-infantil y en el control de las enfermedades infecciosas.

Durante la década de 1970 y la primera mitad de la década siguiente, se creó una extensa red de policlínicas, hospitales regionales y especializados que, siguiendo el principio de regionalización, continuaron mejorando la cobertura y el acceso a los servicios. Esto permitió alcanzar un importante crecimiento y diversificación de las prestaciones y acelerar el desarrollo de las especialidades médicas.

A principios de la década de 1980 el panorama sanitario de Cuba se había transformado radicalmente, sin embargo, el SNS no conseguía los resultados esperados a la velocidad de los años precedentes. La salud materno-infantil tenía evidentes potencialidades de mejoría; las enfermedades crónicas, cada vez con mayor prevalencia, demandaban cambios profundos en el sistema de atención; los hospitales no lograban completar las acciones requeridas para esta fase las que, en ocasiones, resultaban demasiado caras.

7.2. El SNS hacia el modelo de atención primaria

El sistema ya había definido un espacio-población-territorio y determinado las estructuras encargadas de responder a sus necesidades, la oferta de servicios se había ampliado considerablemente, los recursos humanos habían crecido de manera importante y se contaba con numerosas experiencias de participación comunitaria. Sin embargo, esto no era suficiente para que el sistema operara en red y se orientara en la dirección de la estrategia de atención primaria.

Así, los nuevos esfuerzos se dirigirían en lo sucesivo a: 1) reforzar un primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, que integrara y coordinara



los cuidados y tuviera capacidad para solucionar la mayoría de las necesidades de salud de la población, 2) propiciar la entrega de servicios especializados en el lugar más apropiado y, mayoritariamente, en un ambiente extrahospitalario, 3) reforzar los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios, 4) prestar mayor atención al cuidado de la salud de la familia y en la comunidad, 5) mejorar el sistema de gobernanza, 6) perfeccionar el sistema de información y, 7) estimular la participación intersectorial.

En 1984 -seis años después de Alma-Ata, que promulgó los principios de la Atención Primaria de Salud (APS)-, en Cuba se inició el perfeccionamiento de los servicios de atención primaria con una visión holística de la salud familiar, centrada en el barrio de residencia y en la prevención.

7.3. El caso del sistema provincial de salud de Cienfuegos

Cienfuegos es la provincia cubana de menor extensión territorial y tiene una población estimada de 400 000 habitantes y sus pobladores se dedican básicamente a la actividad de los servicios y la industria. Los restantes siete municipios, viven de la agricultura y la ganadería. Cienfuegos posee altos niveles de escolarización, una importante red de servicios básicos y de comunicaciones y un potencial industrial destacable. Tiene una expectativa de vida muy similar a la del país, tasas muy bajas de mortalidad infantil y materna, las enfermedades infecciosas han desaparecido de su panorama sanitario, exhibe un notable envejecimiento poblacional y sus principales problemas de salud son las enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares y el cáncer.

El municipio de Cienfuegos, capital provincial dispone de una amplia red de servicios que es coordinada por una dirección que se subordina al gobierno a ese nivel. El principal centro de la red en cada área es la policlínica, un centro ambulatorio con cierto nivel de prestaciones especializadas, orientada a promover acciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación en coordinación y con la participación de la comunidad a la cual sirven. Los consultorios médicos, por lo regular atendidos por un médico especialista en medicina familiar y una enfermera, son las unidades más pequeñas de la red, están enclavados en la propia comunidad que atienden y su labor es coordinada y respaldada tecnológicamente desde la policlínica.

Desde que comenzó el programa de medicina general integral, la policlínica y sus consultorios se convirtieron en el principal escenario docente de formación de especialistas de Medicina General Integral. Desde hace casi un lustro



la policlínica es también, el principal espacio docente para la enseñanza de pregrado en medicina y enfermería. Cada provincia cuenta con un centro de enseñanza superior de ciencias de la salud, que coordina la formación y la educación continua, que si bien no se subordina directamente a la dirección sectorial de salud, sí forma parte del sistema provincial de salud.

El hospital general universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima (GAL) de Cienfuegos comenzó a prestar servicios a inicios del año 1979 con 740 camas, entonces como hospital clínico-quirúrgico. Es el principal centro hospitalario de la provincia y cumple, a la vez, funciones de hospital de referencia y de hospital terciario. Hoy el hospital dispone de 640 camas y hospitaliza un promedio de 22 000 pacientes por año.

El GAL llegaba a sus primeros 10 años de vida con las señales de que la caída de la Unión Soviética era inminente. Entre 1989 y 1995 el número de hospitalizaciones disminuyó de 19000 a 14000 por año, la baja capacidad resolutive prolongó la estancia hospitalaria, se incrementaron las tasas de ocupación de un hospital ya exhausto y creció la lista de espera quirúrgica. Tan pronto el país exhibió las primeras reacciones de recuperación económica allá por el año 1996, el hospital reaccionó rápidamente y definió cuál sería la mejor estrategia para hacer frente a tales adversidades y por dónde comenzar. Así se decidió que el primer problema a solucionar era el de la prolongada lista de espera quirúrgica, luego el de la calidad de los servicios de urgencia y a futuro, el tema de la infraestructura y la tecnología. Todas estas estrategias se diseñaron en coordinación con el sistema provincial de salud. Se entendía así que en ese momento era prioritaria una mayor productividad del hospital, una mejor articulación de éste con la red de servicios y el fortalecimiento de la estrategia de APS.

Desde el comienzo de la crisis, a fines de 1989, las intervenciones quirúrgicas disminuyeron año tras año y tocaron fondo en 1994. A fines de 1989 la cirugía mayor ambulatoria apenas sobrepasaba el 20%, para 1995 llegaba a 40% y en el 2007, más del 80% de la cirugía se hacía de manera ambulatoria. En el período 1993-1995 se realizaban 6000 intervenciones electivas mayores por año, al cierre de 1996 se intervinieron 10000 personas y a partir del 2002, cuando ya el hospital contaba con servicios de ginecología, se sobrepasaba la cifra de 15 000 intervenciones electivas por año, cifra que llegaría a casi 17 000 por año, a fines del 2009.

Durante el mismo período y ante la necesidad de aumentar la eficiencia del hospital se decidió poner en marcha un programa para el manejo más eficiente de los casos, evitando tiempos de espera innecesarios para los procedi-



mientos de diagnóstico. A fines de 1995 la estadía hospitalaria promedio era de 12 días y a fines de 1999 se había reducido a la mitad. La ocupación, en el mismo período, se redujo de 80 a 60% y la dotación de camas de 742 en 1996 a 500, en 1999.

Durante 1998, los servicios de emergencia fueron el centro de atención. Se organizó un nuevo sistema de clasificación de los casos, basado en el código de colores: rojo para las emergencias, amarillo para las condiciones que requerían atención sin ser necesariamente emergencias y, verde para los casos que podían referirse al primer nivel. Se desarrollaron protocolos, se perfeccionó la clasificación de los casos, se modificó espacialmente la conformación del área de emergencias, acorde al propio código de colores y se mejoró de manera notable la dotación de personal y de recursos. Este proyecto consiguió un alto nivel de aceptación por parte de los trabajadores y de la comunidad. Paralelamente, se fortaleció el subsistema provincial de urgencia. Se creó el Sistema Integrado de Urgencias Médicas para coordinar toda la actividad territorialmente, incluido el transporte sanitario. Si a fines de 1989 se atendían, en el departamento de urgencia del hospital, cerca de un cuarto de millón de personas anualmente, la cifra llegó a 170 000 por año para 1989 y 70 000 en el año 2003. Todo el proceso de mejoría del sistema de emergencia se vinculó con la revisión de las estrategias para enfrentar los casos en situaciones de desastres.

En el hospital de Cienfuegos el número de admisiones por infarto agudo del miocardio (IAM) se duplicó entre 1990 y 2003. Sabiendo que para los países de escasos recursos la angioplastia no es una opción realista, Cuba optó por la trombolisis como intervención de primera línea. La estreptoquinasa recombinante es un trombolítico que produce la industria nacional. La unidad de tratamiento trombolítica fue transferida de la unidad de cuidados intensivos al servicio de emergencia. Se consiguió tratar con trombolíticos al 60% de los casos con IAM que llegaron al hospital y el 90% de los casos con IAM y elevación del ST se trató en los primeros 30 minutos desde la llegada al centro. Esta estrategia se extendió a los servicios extrahospitalarios, que ahora cuentan con los recursos tecnológicos y con personal adiestrado. La reorganización del servicio de emergencia condujo a la reorganización de los cuidados intensivos cardiológicos. Desde 1999 el GAL cuenta con un centro de cuidados integrales donde, manejado por un mismo equipo de profesionales y guías estandarizadas, los pacientes reciben cuidados intensivos, se completa su diagnóstico, se inicia la rehabilitación y se entrena a la familia.



7.4. Comentarios desde la experiencia de Cienfuegos

La experiencia gerencial del hospital de Cienfuegos está matizada por las complejas circunstancias producidas por la crisis económica que ha vivido el país en las últimas dos décadas. El enfoque de mejoría paso a paso resultó exitoso para obtener importantes cotas de calidad y los resultados obtenidos en áreas tan estratégicas, permitieron que el hospital recibiera un importante apoyo tanto de sus trabajadores como de la comunidad.

La existencia de una red integrada de servicios y de un sistema de salud resultan condiciones necesarias para explicar esta cadena de resultados positivos. El factor principal para explicar la disminución en la presión sobre los servicios de emergencia está ligado al desarrollo de los servicios de primera línea, particularmente a la cobertura y calidad alcanzada con su programa de medicina familiar. También es destacable la campaña para educar a la población en el uso racional de los servicios de emergencia y la importancia de utilizar la medicina familiar como punto de entrada al sistema de cuidados, cuando las condiciones no son urgentes. Ello ratifica que el desarrollo de servicios de primera línea ha sido esencial en la sustentabilidad y en el desempeño del sistema de salud de Cuba, particularmente en tiempos de crisis.

La disminución de la estadía hospitalaria y el desarrollo de un ambicioso programa de cirugía ambulatoria, necesitan de un sistema integrado de servicios con un adecuado nivel de coordinación entre los de primera línea y el hospital. Para ello, la extensión de la atención domiciliaria, como parte de la estrategia de medicina familiar de Cuba, resultó un pivote esencial.

La mejoría de la eficiencia clínica en el tratamiento del IAM y del Ictus, por ejemplo, puede ser más efectiva si se combina con una estrategia que mejore el tiempo de arribo al hospital y en ello es vital el papel de los servicios que están en la primera línea. En este caso, la relación ha sido bidireccional. Las experiencias del hospital influenciaron a todo el sistema provincial de salud en términos de manejo de los recursos humanos, desarrollo de altos estándares de calidad y aumento de la eficiencia.

La primera línea de servicios médicos en Cuba, los consultorios médicos de la familia respaldados por la policlínica, está diseñada para proveer cuidados integrales, entendido como actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, mediante el desarrollo de un enfoque holístico e integrado de la salud del paciente, su familia y su entorno. En tal contexto, un hospital puede desempeñar completamente su papel como facilidad de segunda línea para atender a los pacientes con enfermedades más graves o complejas.



A pesar de que este caso se inscribe en lo que se pudiera definir como una experiencia exitosa, hay un grupo de desafíos que este sistema habrá de enfrentar si quiere mejorar, en el sentido de ser más eficiente y tener prestaciones de más calidad. Cuba no necesita basar su sistema en la estrategia de atención primaria porque ya lo ha hecho, lo que se necesita es mejorar la integración y, paralelamente, reforzar los eslabones más endebles de la red.

Los desafíos son enormes, también, porque las expectativas son muy altas. Así, se requiere fortalecer el paraguas organizacional que permita coordinar las acciones de todos los componentes de la red y ello demanda importantes recursos logísticos y de personal altamente entrenado en estas prácticas que, en general, los sistemas de salud no disponen y que, además, no forman. El primer nivel de atención, además de personal competente y de recursos materiales suficientes, necesita estabilidad e incentivos para mejorar el desempeño y el compromiso de los trabajadores sanitarios con el sistema de salud. La entrega de servicios especializados necesita perfeccionar la coordinación entre niveles, en este caso, entre el primer nivel y el hospital, para compartir prioridades, prácticas, tecnología e información.

A pesar de los avances, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de cuidados y la integración de los sistemas administrativos y de apoyo clínico, son dos de los atributos esenciales de la red que más deberán cuidarse, particularmente para tratar a enfermos crónicos. Por otra parte, el pobre desarrollo de un sistema de información clínico que vincule a todos los miembros de la red es uno de los escollos que no se ha podido salvar, dadas las consabidas limitaciones económicas del país, pero que visto desde una perspectiva más estratégica, contribuya a mejorar la eficiencia de las prestaciones y a evitar las duplicidades que emergen, cuando no hay un buen sistema de navegación entre los proveedores y entre éstos y el público. Un poco de mejoras en la coordinación intersectorial tampoco le vendría mal a éste que ha demostrado ser un país que ha puesto la salud pública como una prioridad del estado y del gobierno.

En síntesis, la experiencia de Cienfuegos confirma que un hospital público puede ser eficaz y eficiente, incluso en circunstancias de recursos limitados. Al mismo tiempo, que un hospital puede desempeñar un papel eficaz de salud pública cuando está integrado a una red de servicios de un sistema, la salud que funciona apropiadamente. También, que si la red mejora su desempeño, los resultados podrían ser aun mejores en términos de efectividad pero también de eficiencia.



8. Ecuador

Pese a esfuerzos signados por la discontinuidad, Ecuador no ha logrado establecer un real Sistema Nacional de Salud que corrija la fragmentación histórica del sector y asegure universalidad de la atención de salud. Al igual que en otros países de América, la atención se organizó en tres subsectores paralelos; el público, dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP), organizado según la división política del país; el de la seguridad social, con jurisdicciones diferentes y capacidad instalada propia o contratada; y el privado, con una amplia gama de provisión, desde consultorios ambulatorios hasta unidades de alta especialización.

El modelo de atención desarrollado “... se ha preocupado más por la curación que por la prevención y el fomento de la salud, centrándose en la figura del hospital y el uso de tecnología sofisticada. Se ha mantenido invariable la incoordinación, duplicación de esfuerzos y consecuente desperdicio de recursos, así como una administración centralizada y burocratizada, con escasez crónica de financiamiento”^{xiii}. La situación no ha variado en el tiempo “debido a la predominancia de políticas coyunturales y contradictorias de cada nuevo gobierno... y a la falta de consenso entre los actores involucrados”^{xiv}.

Tampoco se ha logrado establecer una red de servicios de salud, tanto por la fragmentación mencionada, como por la “falla estructural” de un primer nivel de atención sin suficiente capacidad resolutive.

La motivación fundamental de este libro, requiere indefectiblemente, entonces, que tal continente (las redes) exista, para ubicar allí el contenido (hospitales)... y viceversa.

Partiendo de dicha premisa, esta síntesis procurará ilustrar críticamente avances contemporáneos para la construcción de la red de servicios de salud en Ecuador, en el expectante contexto político de cambio que el país vive, cumplidos cuatro años en el poder y restando dos por culminar el actual período presidencial.

^{xiii} Sacoto, Fernando y Carlos Terán. Manual del equipo de salud rural. Quito: Namur Editores 1991

^{xiv} Organización Panamericana de la Salud. “Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”. Washington, D.C.: OPS, © 2008



8.1. La construcción de la Red Pública Integral de Salud en Ecuador

La construcción de la red ha registrado importantes avances en tres ámbitos de sustentación: jurídico constitucional, expansión de Recursos Humanos y fortalecimiento del primer nivel de atención, respectivamente.

El advenimiento del nuevo gobierno trajo consigo un nuevo marco constitucional que reafirma el mandato de conformación de un Sistema Nacional de Salud, jerarquiza explícitamente la Atención Primaria de Salud y ordena la creación de una red pública de salud, entre otras disposiciones. Efectivamente, el Art 360^{xv} señala: “El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.”

Estos son hechos importantes de precisar, si bien se relativizan por el contradictorio mandato de creación de un Sistema Nacional de Salud^{xvi} y otro de Seguridad Social^{xvii}, con similares atributos de obligatoriedad y universalidad, que mantienen invariable la histórica dualidad de enfoques, con disposiciones similares y contradictorias respecto a acceso y financiamiento: universal y financiado por imposiciones generales el primero, universal y contributivo, el segundo.

De todas formas, en cumplimiento del mandato de construcción de la red, se ha constituido una comisión interinstitucional que trabaja en las bases operativas de su funcionamiento y ha desarrollado contenidos estratégicos, como la definición del conjunto de prestaciones por niveles de atención común para toda la red y su tarifario, incluyendo 108 intervenciones “de arranque”, así como instrumentos que permitan un “cruce de pagos” entre instituciones. Ha establecido también un cronograma operativo que contempla materializar la red –entendida como proceso gradual– en todo el país hasta el año 2012.

^{xv} Constitución de la República del Ecuador. Título VII. Régimen del Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad. Sección segunda Salud.

^{xvi} Constitución de la República del Ecuador. Título VII. Régimen del Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad. Sección segunda Salud. Artículos 358, 359 y 360.

^{xvii} Constitución de la República del Ecuador. Título VII. Régimen del Buen Vivir. Capítulo primero. Inclusión y equidad. Sección segunda Salud. Artículos 367, 368, 369 y 370.

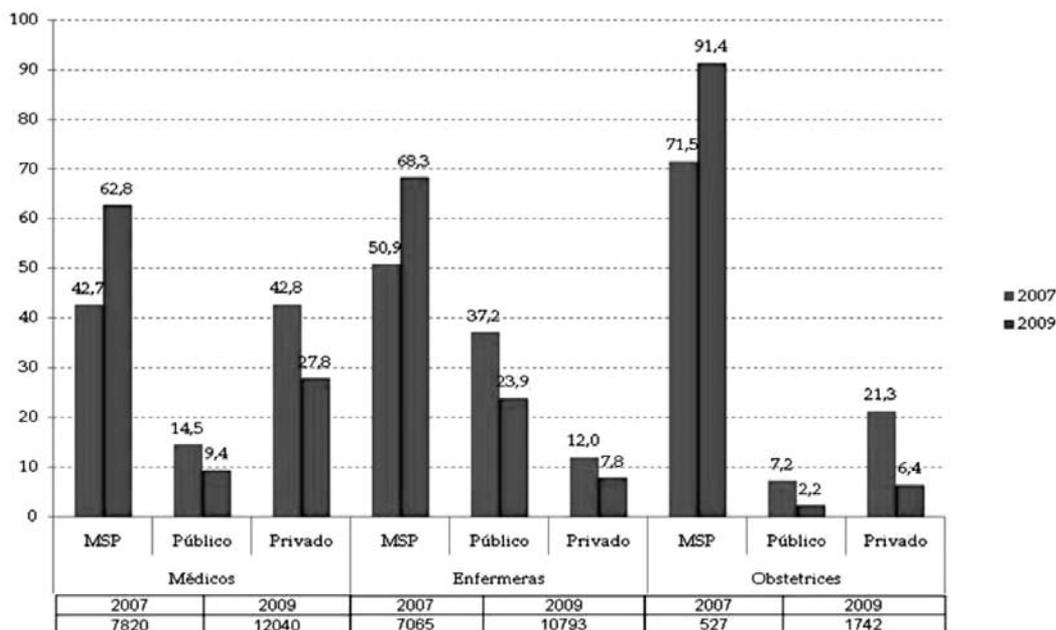


El significativo volumen^{xviii} de recursos recibidos por el gobierno le ha permitido una notable inversión pública, social y en salud. El incremento del presupuesto del MSP -que pasó de 606 millones de dólares en el año 2007 a 1.244 millones en el año 2010– posibilitó iniciar un proceso de gratuidad progresiva de servicios públicos de salud y fortalecerlos, a través de nuevos contratos de trabajo, especialmente de médicos y enfermeras. Se ha mejorado también, en general, la infraestructura física y el equipamiento de unidades de salud. Situación semejante ha experimentado la seguridad social.

Siendo claro que una dotación adecuada de personal es condición indispensable para el funcionamiento de la red, es destacable entonces, el significativo incremento realizado, que reduce la brecha producida en la década anterior (ver figura 5.1).

Como se hizo hincapié, el fortalecimiento del primer nivel de atención para dotarlo de una adecuada capacidad resolutive, es requisito indispensable para que la red funcione y los hospitales se concentren en atender eventos correspondientes a su complejidad.

Figura 5.1: Incremento porcentual de médicos, enfermeras y obstetrices según sector público y privado años 2007 y 2009



Fuente: MSP, Sistema información RHUS 2009 e INEC 2007

^{xviii} 77.000 millones de dólares en 4 años. Periódico El Comercio 01/01/2011, con base en fuentes oficiales.



En Ecuador, el incremento de recursos humanos registrado conllevó un fortalecimiento correlativo de la atención en el primer nivel, a través de Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS), que retoman una valiosa iniciativa de salud familiar y comunitaria. Según reportes oficiales^{xix} se constituyeron 1.753 EBAS, conformados por médico, enfermera y/u odontólogo/a, auxiliar de enfermería, obstetrix y promotor comunitario. Tal dotación constituye un recurso estratégico de alto valor para la conformación de la red que debería potenciarse, propiciando su estabilidad laboral y asignándoles un conjunto realista de familias a su cargo.

Bien orientados en su funcionamiento, los EBAS pueden ser el nexo articulador del proceso que conduzca a la construcción del Sistema Nacional de Salud, constituyéndose en los pilares de la Red Pública Integral de Salud, al garantizar prestaciones preventivas y curativas a familias a su cargo, sin considerar “pertenencias” de afiliación alguna. Los casos complejos, a su vez, serían enviados a cualquier hospital de la red, desterrándose excluyentes conceptos de “derechohabientes”.

8.2. Emergencia hospitalaria: oportunidad para el desarrollo de la red.

A inicios del 2011, el gobierno declaró la segunda emergencia sanitaria del período, con la que intenta resolver la sobredemanda en algunos hospitales, determinada por la gratuidad decretada en el 2007. Sin embargo la sobre congestión hospitalaria no se corregirá si no se interviene simultáneamente sobre hospitales más pequeños, que, al no resolver problemas poco complejos de los pacientes, los trasladan a hospitales grandes. Estos consumen esfuerzos y recursos en atenderlos, a pesar de que no corresponden a su complejidad. Efectivamente, las principales causas nacionales de hospitalización son diarreas y neumonías, siendo también frecuentes apendicitis, hernias, colecistitis y cesáreas que no se atienden en los hospitales básicos, generalmente por falta de anestesiólogos y cirujanos.

Existe asimismo desconexión con los servicios de atención primaria de salud, llamados a prevenir y tratar el 85% de los problemas cotidianos. Todo sistema de salud exitoso dispone de atención primaria universal de excelencia, conectada en red con hospitales, a través de mecanismos garantizados de envío-recepción de pacientes.

^{xix} Ministerio de Salud Pública. Dirección de Gestión de Personal



Considerando el importante monto de 400 millones de dólares a asignarse, entonces la emergencia sanitaria puede constituirse en una oportunidad única para impulsar la construcción de la red de servicios de salud, interviniendo no solamente en los hospitales declarados de prioridad sino también sobre hospitales básicos y unidades de atención primaria de salud de su área de influencia, para un funcionamiento articulado en red.

Al interior de los hospitales debe mejorarse la gestión, profesionalizar la gestión médica y clínica e incorporar personal de disciplinas administrativas y económicas. Así mismo, adoptar prácticas gerenciales innovadoras que rompan la rigidez administrativa pública, cuando la conveniencia institucional y la oportunidad de la atención así lo demanden.

Llevar adelante el complejo proceso exige del Ministerio de Salud capacidad de liderazgo, rectoría sectorial y fortalecimiento institucional. Implica también impulsar la capacidad de diálogo sectorial para lograr consensos institucionales y sostenibilidad de acciones; el Consejo Nacional de Salud, creado en 1980, es un instrumento que debería fortalecerse, con el liderazgo del Ministerio de Salud.

9. México

El actual Sistema Nacional de Salud tiene sus orígenes en 1943, año en que fueron creados la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siendo este último, el primero de las cinco instituciones de seguridad social que existen en el país y que además del IMSS son las siguientes: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR). El sistema de salud es segmentado y para efectos de la atención en salud, la población se divide en dos grandes grupos: la incorporada a la seguridad social formada por personas con empleo formal, que corresponde al 49% de la población nacional y la población sin seguridad social, formada por desempleados, trabajadores informales y campesinos, que corresponde al 51% restante quienes, para efecto de atención médica, deben recurrir a la medicina privada o a los servicios que proporciona la Secretaría de Salud (SSA). De acuerdo al artículo séptimo de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud la rectoría en salud y la coordinación de la política nacional de salud.

Entre la década de los años cuarenta y la del noventa del siglo XX, las instituciones públicas del sector salud mencionadas, se desarrollaron asimétricamen-



te y por separado, debido a que cuentan con leyes de creación propias, lo que ocasionó una diversidad de modelos de atención y mecanismos de financiamiento, así como de sistemas de administración e información. La pluralidad de instituciones y mecanismos operativos constituye un reto para la conducción sectorial y obliga a concertar entre las instituciones, cada seis años con el cambio de Gobierno, las acciones que forman parte del Programa Nacional de Salud de vigencia sexenal. No obstante, a pesar de esta concertación, en la práctica existen duplicidades y vacíos de las acciones de salud pública, que repercuten en la cobertura efectiva de la población y propicia que algunos habitantes reciban, a la vez, servicios de más de una institución de seguridad social y adicionalmente, puedan utilizar los servicios de la Secretaría de Salud en perjuicio de la población más necesitada, lo que contribuye a la inequidad e ineficiencia del sistema de atención, las que se han procurado atenuar con sucesivos procesos de reforma sectorial.

Las reformas en salud han tenido etapas y finalidades diversas. El propósito de la primera, ocurrida entre los años sesenta y setenta del siglo XX, fue extender la cobertura de servicios de salud para el mayor número de habitantes posible; la segunda fue para producir cambios estructurales que mejoraran la coordinación y rectoría sectoriales y tuvo lugar en la década de los años ochenta y noventa; y la tercera, aún inconclusa, ocurre con el inicio del actual siglo y persigue extender la protección social y el aseguramiento en salud de la población sin seguridad social, para lograr la universalidad del sistema de atención.

Entre los logros más significativos del Sistema Nacional de Salud, se debe destacar la reforma al marco legal efectuada en el 2003, que dio origen al Sistema Nacional de Protección Social en Salud así como al Seguro Popular, mecanismo que hace factible el aseguramiento financiero de la población carente de seguridad social y que a fines de 2010, ya cubría a cerca del 40% de los mexicanos.

9.1. Redes de Servicios de Salud y participación de los hospitales.

En México los hospitales proporcionan la atención médica más especializada y por ello suele ubicárseles en la cúspide de las redes de servicios de salud. Debido a la tecnología que utilizan, las actividades de enseñanza e investigación que realizan y los servicios que proporcionan, consumen la mayoría del presupuesto en salud. En México las redes de servicios tienen dos acepciones; la primera se refiere a las redes nacionales paralelas de tipo vertical que tiene



cada institución pública de salud (SSA, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) y la segunda, se refiere a tres dimensiones de redes de servicios que en el nivel más periférico son las Redes Locales, luego las Redes Estatales o sub-nacionales y por último, la Red Nacional. El mecanismo tradicional que sirve de vínculo al interior de las redes de servicios, es la transferencia de pacientes entre establecimientos de diferente nivel de complejidad, denominado referencia y contra-referencia, el cual sin embargo, no ha permitido integrar verdaderas redes funcionales de servicios, ya que la programación, presupuestación, monitoreo y evaluación, se realizan por separado.

El elemento articulador de los componentes de la red de servicios de salud es el modelo de atención, el cual, hasta fines del siglo pasado, era diferente para cada institución pública de salud. En el 2002 la Secretaría de Salud formuló la propuesta de un Modelo Integrado de Servicios de Salud (MIDAS), que utiliza la regionalización operativa como método para planificar la prestación de servicios de salud a grupos de población que comparten características geográficas, culturales, étnicas y de desarrollo socioeconómico similares. Este modelo define como estrategia para prestar servicios integrales de salud, “el desarrollo de redes de servicios y la interrelación entre unidades con distintos grados de equipamiento, así como la integración funcional de recursos y unidades de atención para crear redes virtuales de unidades de salud para utilizar de manera eficiente los recursos públicos para la salud”. Asimismo, propone el desarrollo de la autonomía de gestión hospitalaria, el establecimiento de compromisos de gestión y el incremento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

En el 2007 cambió el Gobierno Federal, pero la administración pública entrante retomó el MIDAS y lo incorporó al Programa Nacional de Salud 2007-2012, en el que se precisa la interrelación entre el modelo de atención y las redes de servicios de salud, en los siguientes términos: “El MIDAS establece los lineamientos generales y un nuevo paradigma de atención a la salud, en el cual las redes de atención constituyen un componente central. Las redes pretenden ofrecer una atención médica basada en el paciente, efectiva, integral, oportuna y continua, que respete la diversidad cultural de los usuarios de los servicios. Para aprovechar la bondad de estos nuevos esquemas de organización de los servicios de salud, se llevarán a cabo, entre otras acciones: promover la creación de redes de servicios en todo el país”.

Existe un avance progresivo en la integración funcional de redes de servicios en el país y el hospital desempeña un papel protagónico, debido a la capacidad técnica y gerencial que tiene, lo que le permite ejercer el liderazgo, regulando no solo el flujo de pacientes, sino también el uso óptimo de los recursos y la vigilancia de la salud.



9.2. Políticas y estrategias para la gestión de hospitales en RISS.

Como ya fue mencionado, la política de redes de servicios de salud en el país está definida en el Programa Nacional de Salud, el cual también establece las principales estrategias para su operación, entre las que están la integración funcional entre instituciones, la adopción de modelos de organización innovadores, la autonomía de gestión, la operación de servicios en diferentes niveles de atención de complejidad creciente, la formulación de compromisos de gestión, la evaluación del desempeño hospitalario, la implementación de un sistema de indicadores de calidad (INDICAS) y la separación de funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios. La política de redes de servicios es nacional, pero su implantación es gradual, debido a las dificultades operativas para compartir e integrar funcionalmente los recursos que históricamente han sido para uso exclusivo de cada institución pública de salud.

Entre las estrategias para promover la gestión hospitalaria en el marco de una red integrada de servicios de salud, se encuentra el uso de sistemas de información de responsabilidad y uso común con otras unidades de servicios de la misma red, como lo son las unidades de atención ambulatoria. La visión integral de la situación de salud de un espacio geopoblacional concreto, que no es sólo responsabilidad del hospital, sino de toda la red de servicios, ayuda a compartir responsabilidades y a sensibilizar sobre la necesidad de llevar a cabo la planeación y la vigilancia de la salud en la red como un todo, donde el hospital es un actor importante, pero no el único.

Otra estrategia es la evaluación de la gestión hospitalaria, actividad que se inició ya hace prácticamente una década y que se lleva a cabo anualmente, involucrando a una muestra de hospitales de todo el sector salud. Esta evaluación ha dado lugar a lo que se denomina el “Observatorio del Desempeño Hospitalario”, cuya finalidad es conocer la calidad, eficiencia y seguridad que se ofrece a los pacientes y consta de un conjunto de indicadores agrupados en las siguientes siete áreas de dominio: recursos y servicios, medicamentos, sistemas de información, calidad y eficiencia clínica, mortalidad hospitalaria, seguridad quirúrgica, y satisfacción y trato adecuado.

Otra estrategia que ayuda a la gestión de los hospitales en redes de servicios de salud es la acreditación, que para efectos de recepción de fondos públicos, deben realizar periódicamente los hospitales de la Secretaría de Salud que proporcionan atención a los afiliados al Seguro Popular. La acreditación es efectuada por un organismo técnico ajeno a los hospitales y estos últimos deben cumplir satisfactoriamente un conjunto de estándares relacionados con la disponibilidad de recursos para llevar a cabo los procesos de atención claves, la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.



La experiencia de la aplicación de estrategias para incorporar a los hospitales a redes funcionales de servicios de salud, muestra que aún se deben vencer resistencias de su personal para planear y evaluar en conjunto, con unidades no hospitalarias con quienes comparte la responsabilidad por la salud de una población, que cada día es más demandante y no acepta las divisiones burocrático-administrativa de los planificadores y los tomadores de decisión del sector salud.

10. Paraguay

Paraguay es un país de 406.752 Km² en el que habitan 6.460.000 habitantes. Su perfil epidemiológico muestra el alto impacto de enfermedades transmisibles, sobre todo en la población infantil, junto con problemas crónicos y accidentes. Las principales causas de muerte en 2009^{xx} fueron: enfermedades circulatorias: 28,2%; tumores: 14,1%; accidentes; 7,8%; enfermedades respiratorias: 7,1%; diabetes: 6,2%; enfermedades perinatales: 3,6%.

El conjunto de servicios^{xxi} del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP BS) para el 2010, estaba conformada por 503 unidades de salud de la familia; 472 puestos de salud; 79 centros de salud; 31 hospitales distritales; 17 hospitales regionales, 9 hospitales especializados, 9 materno-infantiles, 43 dispensarios y 4 centros especializados. El Instituto de Previsión Social (IPS) para el año 2009 contaba con 1 hospital central, 11 hospitales regionales, 24 unidades sanitarias, 35 puestos de salud y 7 clínicas. La Universidad Nacional de Asunción mantiene el Hospital de Clínicas. La dotación total de camas es de 10.200, la mitad ubicadas en Asunción, la capital, y en el Departamento Central, que concentran al 40% de la población total del país.

La organización de servicios de salud es común a la de otros países de la región, con la fragmentación y segmentación como atributos dominantes. Asimismo están plenamente documentadas las debilidades de gestión de salud pública y de servicios de salud, en particular en el ámbito de los recursos humanos.

En este contexto, el presente resumen pretende ilustrar los esfuerzos realizados para sentar bases normativas y operativas de la red nacional de servicios de salud, así como presentar un estudio de caso de nuevos hospitales que inician su funcionamiento bajo tal concepto.

^{xx} Subsistema de información de las estadísticas vitales – Dirección de Bioestadística MSPBS

^{xxi} Op. Cit.



10.1. Contexto político y cambios institucionales en salud

Paraguay vive un momento histórico, determinado por el ejercicio de un gobierno de transformación, que rompió la hegemonía política, dominante por décadas. En tal contexto el MSP y BS definió con claridad su compromiso por el cambio, a través de las “Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad 2008-2013”, en cuyo marco, ha adoptado decisiones de amplio impacto social, como la gratuidad de servicios de salud y la entrega de prestaciones a grupos históricamente relegados, a través de equipos de salud de la familia, entre otras realizaciones.

La atención primaria de la salud y la implementación de los Equipos de Salud de la Familia forman parte de uno de los programas emblemáticos del gobierno del Presidente Fernando Lugo. Efectivamente, para el año 2010, y como evidencia del apoyo del gobierno a la salud, se han implementado las primeras 500 Unidades de Salud de la Familia, en las 18 Regiones Sanitarias, con notable esfuerzo de la Dirección General de Atención Primaria de Salud, instancia creada en la presente gestión ministerial.

En el ámbito de la gestión se destaca el proceso de transparencia^{xxii} para la compra de insumos, medicamentos, contrataciones de obras y otros servicios, así como su logística a nivel nacional, departamental y local.

10.2. El proceso de construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud

Para enfrentar la crónica descoordinación y fragmentación sectorial el MSP y BS impulsa la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la Atención Primaria de Salud. Se reconoce explícitamente la necesidad de dotar de adecuada capacidad resolutoria al nivel primario, para asegurar un apropiado funcionamiento de hospitales y así reorientar, racionalizar y mejorar la atención, reservando su uso para problemas compatibles con su complejidad y costos.

Para tal efecto, se desarrolló un dinámico proceso que incluyó la determinación de criterios estratégicos operativos, aspectos normativos sobre redefinición de la red de servicios e instancias territoriales de gestión^{xxiii}, fortaleci-

^{xxii} Un hecho de relevancia ha sido la lucha contra el oligopolio de las empresas proveedoras de oxígeno, donde se logró reducir el precio y por lo tanto, se obtuvo un ahorro de once millones de dólares, en una sola licitación nacional.

^{xxiii} En adecuación a la realidad paraguaya a la red se la denominó simbólicamente “Ñan-



miento de Unidades de Salud de la Familia y desarrollo progresivo de RISS, iniciado por las Regiones Capital y Central, donde están localizados grandes hospitales y es más evidente la desarticulación de servicios.

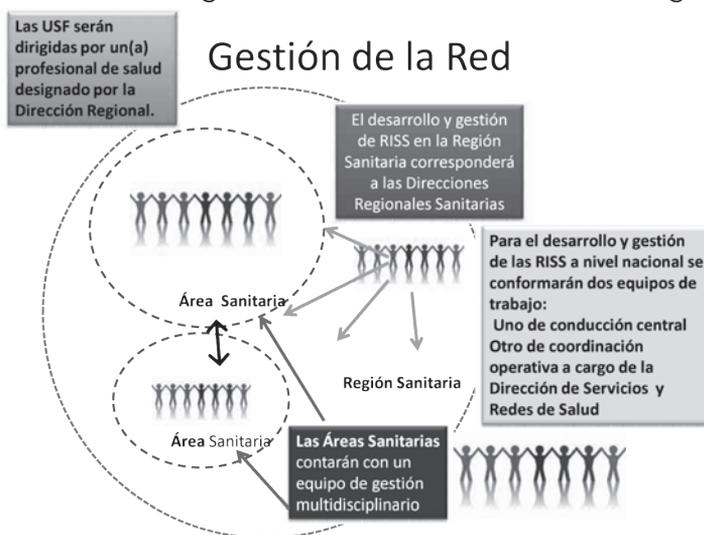
10.3. Redefinición de los establecimientos de salud de la red

En correspondencia con la necesidad de aprovechar la infraestructura existente, la nueva organización de servicios de salud la utiliza y potencia al máximo posible. La nueva organización reconoce, entonces, los siguientes establecimientos:

- Unidades de Salud de la Familia (USF)
- Centros Ambulatorios de Atención Especializada (CAES).
- Hospitales Básicos.
- Hospitales Generales Regionales
- Hospitales Nacionales de especialidades y subespecialidades y Hospitales Nacionales especializados

Se definieron estructuras de gestión, correspondientes a los territorios que forman parte de la Red, dependientes, en su conjunto, de las Direcciones Regionales de Salud. Una perspectiva integrada de las instancias de gestión de la Red se aprecia en la figura 5.2.

Figura 5.2: Modelo de gestión de red en las Direcciones Regionales^{xxiv}



duñi Tesai” que representa un tejido tradicional en red.

xxiv

Figura aportada por Fernando Sacoto



10.4. La construcción de RISS en el Departamento Central^{xxv}

El Departamento Central, el más poblado de Paraguay, fue seleccionado como departamento inicial para el desarrollo de RISS. Está ubicado junto a Asunción y tiene una población de más de 2.5 millones de personas, 40% del total del país.

Uno de los objetivos fundamentales es fortalecer la atención hospitalaria intermedia, dotando de mayor capacidad resolutive a los hospitales de Capiatá, Limpio y Villa Elisa, cuya construcción y equipamiento -con el apoyo de la Agencia Coreana de Cooperación- concluyó hace poco, para que se desempeñen como hospitales básicos, y contener así la demanda no filtrada en los hospital Nacional de Itaguá, Regional de Luque, Hospital de Clínicas y Centro de Emergencias Médicas de Asunción, entre otros.

El proceso reconoció tres actividades principales:

- a) Organización de equipos de gestión para el desarrollo de RISS, específicamente equipos de conducción regionales, de gestión hospitalaria y de gestión de áreas sanitarias.
- b) Organización de 13 Áreas Sanitarias con rangos de población de 45.000 a 75.000 personas en las que se ubican Unidades de Salud de la Familia, un Centro Ambulatorio de Especialidades (CAE), y 1 Hospital Básico o Distrital o Materno-Infantil, conectados con hospitales de mayor complejidad.
- c) Mejoramiento del funcionamiento hospitalario. Se inició con una revisión participativa interna de los hospitales seleccionados, confirmando que buena parte de las dificultades radica en una inadecuada organización del recurso humano y la nula utilización de la información generada en los servicios. El restrictivo punto de partida era un plantel de profesionales poco integrados a su institución, con dificultades para cumplir sus compromisos de tiempo y tareas, condicionadas^{xxvi} por contratos adicionales con el MSPBS o del IPS.

Luego de un intenso trabajo se estructuraron los servicios de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Clínica Médica y Cirugía con un equipo de profesionales de tiempo completo. La implementación de la propuesta de cambio se ma-

^{xxv} Capítulo elaborado por la Dra. Bertha Cárcenas, Directora de la Región Sanitaria Central

^{xxvi} Se identificó por ejemplo que determinado establecimiento contaba con un número importante de pediatras (31), pero no se lograba contar con pediatras todos los días de la semana. Los profesionales trabajaban en dos o tres instituciones (algunos en más de tres) a base de respectivos contratos.



terializó con la socialización y negociación con los profesionales, buscando consolidar sus vínculos laborales en una sola dependencia.

Los principales resultados obtenidos fueron: plantel de médicos de tiempo completo según las necesidades del servicio, disponibles 5 a 6 días de la semana. Cada Servicio con 1 Jefe de Sala y 1 jefe de urgencias: con 2 guardias de 12 horas c/u y 3 jornadas de 8 horas c/u.

10.5. Algunas reflexiones

La construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud en Paraguay constituye la expresión operativa del cambio en la atención de salud, siendo a la vez instrumento para universalizar prestaciones integrales de salud, con calidad y equidad.

Este complejo proceso procura abrirse paso en un entorno político muy adverso, no apoyado por sectores conservadores desplazados del poder, a través de espacios a ellos afines, como la poderosa función legislativa, los medios de comunicación, gremios empresariales y la propia organización política^{xxvii} que detentó por décadas el poder en Paraguay.

A favor de los cambios en los que el gobierno está empeñado, un actor protagonista es la población y las organizaciones comunitarias, beneficiadas por las acciones sociales que se constituyen en soporte de su mantenimiento y potencial continuidad.

Dentro del MSP y BS, a su vez, y con el reconocido liderazgo de la Ministra de Salud, que ha trascendido ámbitos ministeriales, comprometidos equipos de gestión de niveles central, regional y local, procuran superar los obstáculos institucionales y materializar realizaciones de cambio. No obstante ello y recordando las amenazas severas que se ciernen sobre el proyecto político, social y de salud, que con tanta dificultad avanza, es imprescindible que el equipo central se cohesione, maneje diferencias de enfoques y métodos y supere fisuras internas que ponen en riesgo la continuidad del esforzado proceso emprendido.

^{xxvii} Asociación Nacional Republicana - Partido Colorado.



11. Perú

La normativa peruana denomina a su Sistema de Salud como Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, que incluye al conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos nacionales, regionales y locales del sector salud y otros sectores, reafirmando la rectoría del Ministerio de Salud y, regula la conformación del Consejo Nacional de Salud como proponente de las Prioridades en Salud y la Política Nacional de Salud. En los ámbitos regionales y provinciales, se considera la existencia de Consejos Regionales y Provinciales de estructura similar al nacional.

El Sistema de Salud del Perú es un ejemplo típico de los Sistemas fragmentados en América Latina. Está compuesto por dos sectores, el público y el privado, y funciona a base de cinco subsistemas que prestan servicios de salud a la población: a) el Ministerio de Salud a través de establecimientos de salud descentralizados (entregados a las regiones y municipalidades), incluyendo el Seguro Integral de Salud (SIS) como asegurador público con autonomía administrativa; b) El Seguro Social de Salud (EsSalud), adscrito al Ministerio de Trabajo; c) La Sanidad de las Fuerzas Armadas, adscritas al Ministerio de la Defensa; d) La Sanidad de la Policía Nacional, adscrita al Ministerio del Interior; y e) Las instituciones del Sector Privado que incluyen aseguradoras y prestadores de servicios.

Tabla 5.3: Población afiliada por tipos de seguro de salud y ámbito geográfico. Año: 2004-2010.

Año	Nacional				LIMA METROPOLITANA			
	Total (1)	EsSalud	SIS (2)	Otros (3)	Total	EsSalud	SIS	Otros
2004	37.3	17.4	14.9	5	43	23.7	8.2	11
2005	36.2	17.3	14.1	4.8	40.8	23.8	6.7	10.4
2006	38.3	18.6	15.4	4.4	41.1	25.7	69.1	9.4
2007	42.1	19.6	17	5.5	45.5	27.7	5.4	12.3
2008	53.7	20.1	28.1	5.5	49.3	28.2	9.4	11.8
2009	60.5	21.2	33.8	5.6	53.4	30	11.7	11.7
2010								
(4)	63.5	21.6	36.3	5.5	54.8	30.4	13.1	11.3

(1) porcentaje respecto del total de población de cada ámbito geográfico

(2) seguro integral de salud

(3) seguros privados, de las FFAA, universitario, escolares privados, etc.

(4) datos preliminares

Fuente: ENAHO 2010, Informe técnico 01/03/11

Los afiliados al SIS son atendidos en los Hospitales Públicos descentralizados, mientras que los asegurados de EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía y el Sector



Privado son atendidos en sus propias redes. Las EPS (Empresas Prestadoras de Servicios) del sector privado están facultadas para atender la llamada capa simple (atenciones no hospitalarias complejas), y con la nueva Ley de Aseguramiento Universal en Salud el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a los afiliados a EsSalud por un 25% del valor de la cotización del régimen contributivo que en el caso del Perú, corresponde al 9 % de la asignación salarial.

En abril del 2009 se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344) la cual se constituyó en un hito con el fin de avanzar en el Aseguramiento, ampliar la cobertura poblacional, la oportunidad de acceso y la calidad en las prestaciones de salud. Dicha norma pretende englobar el conjunto de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sobre la base de un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), como el mínimo sobre el cual se debe garantizar la atención a las patologías (condiciones asegurables) en él señaladas, dando la libertad de poder establecer planes complementarios al PEAS, previendo, para tales efectos, regímenes autofinanciados (contributivos), parcialmente financiados (semi contributivos) y subsidiados (no contributivos). En estos dos últimos, el elemento solidario quedaría garantizado a través de los recursos que aporte directamente el Estado, así como los que se destinen al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), de modo tal que cualquiera sea el régimen en el que se encuentre comprendida la persona, tenga garantizada la atención de las condiciones asegurables de acuerdo al plan de beneficios incluido en el PEAS.

Se ha establecido un modelo regulatorio, donde el Ministerio de Salud tendrá el rol normativo, incluida la definición y revisión periódica del PEAS, mientras que la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), sucedánea institucional de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, tendrá el rol supervisor del régimen.

Desde el punto de vista de los regulados, la Ley N° 29344, ha dividido entre las Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud a las que denomina IAFAS y las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud a las que denomina IPRESS.

Las IAFAS vendrán a ser todas las entidades públicas, privadas o mixtas, debidamente autorizadas y registradas por la SUNASA (o en el caso de las empresas de seguros por la Superintendencia de Banca y Seguros), para recabar recursos de sus afiliados, con el objeto de brindar coberturas de salud y comportarse como aseguradoras. En el esquema de la nueva ley, todos los residentes en el Perú deberán estar afiliados a una IAFAS específica bajo su respectivo régimen



(contributivo, semicontributivo o subsidiado) de acuerdo a sus posibilidades y calificación económica, para lo cual se cuenta con un Sistema denominado Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), que permitirá identificar y calificar la situación de las personas como pobre y extremo pobre, quienes serán incluidas en el denominado régimen subsidiado, este sistema es ejecutado y controlado por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Por su parte serán IPRESS las instituciones orientadas a dar propiamente las prestaciones de salud, con cargo a los recursos administrados por las IAFAS. De este modo, serán las IPRESS las que deban contar con el personal y equipo necesarios para atender los eventos de salud que se sometan a su atención.

En el contexto de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud, la organización de Redes Integradas de Servicios de Salud puede ser una oportunidad para reorganizar los servicios, ampliar el acceso, garantizar la continuidad de la atención y mejorar su coordinación, sin embargo el logro de éstos dependerá del direccionamiento de la reglamentación hacia esos objetivos.

11.1. La experiencia de redes de servicios en el Perú

11.1.1. El subsistema público

La Ley N° 22365 del año 1978 –hoy derogada-, creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, mediante la integración del Ministerio de Salud como rector, el Seguro Social de Salud, las Sanidades de la Fuerza Armada y del Ministerio del Interior y del Sector no Público; consideraba acciones de coordinación, donde cada componente del Sistema debía establecer niveles escalonados en la atención de la salud desde el hogar y la comunidad, con participación de la población en acciones de protección hasta aquellas de mayor complejidad en Hospitales especializados, dentro de una racional distribución regional.

La Descentralización en Salud que vincula la organización de los servicios de salud, en el Perú cursa el dificultoso camino de su implementación, incluyendo en su progreso la formulación de planes, lineamientos de política, reorganización de los Gobiernos Regionales en Consejos Transitorios, por mencionar algunos eventos. En el período de 1980 a 1995 se desarrollaron diferentes experiencias entre las cuales se incluyen las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS 1992) como adaptación de los SILOS^{xxviii}, las que eran

^{xxviii} SILOS: Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud con el objeto de una adecuada aplicación de los principios básicos de la estrategia de APS. OPS/OMS



entendidas como unidades de conducción, programación y gerencia, y tenían, como parte de sus elementos constitutivos, la organización de una red articulada de establecimientos de salud que incluían hospitales.

La configuración de los servicios de salud en redes se evidencia explícitamente desde el año 1995, cuando se plantea como Lineamiento de Política la promoción en la formación de redes plurales de prestadores acreditados y categorizados, así como se incluyó la descentralización de la autoridad de salud a niveles regionales y locales.

Es el año 2001 cuando, mediante Resolución Ministerial N°122-2001/MINSA, se determinaron los Lineamientos para la conformación de Redes, concepto en el cual los establecimientos de salud se interrelacionan, asegurando la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias; así mismo se incluye a las micro redes de Establecimientos y Servicios de Salud, definiéndolas como la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, conformada por establecimientos de salud del primer nivel de atención, articulados funcionalmente.

Este planteamiento de redes, estableció como objetivos estratégicos, el asegurar el flujo eficiente de recursos, contribuir a la descentralización, organizar la oferta y demanda, facilitar la gestión, brindar prestaciones de salud individual y colectiva.

Se caracterizó por ser un dispositivo de alcance sólo para los establecimientos del Ministerio de Salud, incluyendo a los conformados establecimientos bajo la Administración de la Comunidad Local en la denominada política de Cogestión en Salud, Ley N° 29124 (Comunidad Local en Administración de Salud – CLAS); la organización de la Red cuenta con un espacio geográfico definido, pudiendo incluir establecimientos de los tres niveles de atención, mientras que la Microrred está dirigida a establecimientos únicamente del primer nivel.

Se otorga a la Red funciones principalmente de administración de los servicios de salud en su jurisdicción. En complemento a lo establecido, y conforme al proceso de Descentralización en Salud, se reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como la única autoridad de salud en los Gobiernos Regionales.

El 2002 se aprueba la Directiva para la delimitación de las Redes y Microrredes de Salud, regulando los tiempos y el procedimiento para la presentación de las Redes conformadas por cada región, y el 2003 se delimitan las Direc-

Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Documento CD 33/14, Washington 1988. En: los sistemas locales de salud. Washington: OPS/OMS, 1990; 5 – 20 (publicación científica n° 519).



ciones de Salud, las Direcciones de Red de Salud y Microrredes de Salud en el ámbito nacional.

En el marco de la descentralización mediante la Ley N° 27783 creada el año 2002 se otorgó la potestad a los Gobiernos Regionales de organizar los servicios de salud y los niveles de atención de las entidades de salud en su jurisdicción. Este proceso originó que todos los establecimientos de salud (Direcciones de Salud, Redes y Microrredes, Hospitales), que pertenecieron al Ministerio de Salud como prestador público, fueran transferidos a los Gobiernos Regionales, quienes tienen la responsabilidad de reorganizar los servicios de salud, ajustando sus redes de atención a las necesidades de la población.

11.1.2. El subsistema EsSalud

En la actualidad EsSalud cuenta con 365 centros asistenciales en el ámbito nacional con diversas categorías, organizados en 28 redes asistenciales, cuyos ámbitos de responsabilidad, en la mayoría de los casos, coinciden con la distribución geopolítica de las Regiones del país, excepto en el Departamento de Lima que cuenta con 3 redes y la Región de Puno, con 2 redes asistenciales. EsSalud además cuenta con tres Institutos Especializados que no se asignan a ninguna red y se administran desde la Sede Central.

La red asistencial en EsSalud se define como el conjunto de Centros asistenciales de diferentes niveles de complejidad que tienen como base organizativa el establecimiento de salud de mayor nivel de resolución, cuya combinación de recursos y complementariedad asegura el otorgamiento de prestaciones de salud, económicas y sociales a la población asegurada y sus derechohabientes, interrelacionándose con el conjunto de agencias y/o sucursales que brindan cobertura de aseguramiento, las mismas que operan en un ambiente geográfico asignado.

La red tiene como finalidad proteger a los asegurados y derechohabientes a través de acciones promoción, prevención, protección y recuperación de la salud en cumplimiento de las normas, objetivos y políticas institucionales.

11.1.3. Otros subsistemas

Tanto el Ministerio de Defensa a través del Ejército, Marina y Aviación,



como el Ministerio del Interior para la policía, han desarrollado su oferta. Sin embargo el limitado número de prestadores no genera como en los casos anteriores una conformación de Redes de Servicios de Salud.

El mismo caso ocurre con el Sector Privado, los prestadores privados no están organizados en redes, son contratados individualmente por las Aseguradoras Privadas, son estas últimas quienes, a través de contratos, establecen Redes a disposición de los asegurados.

11.2. La fallida propuesta de integración MINSA – IPSS

En la década entre los años 87 al 98, mediante Decretos Supremos N° 022-86-SA y 004-87-SA se estableció el marco legal para la integración funcional de los servicios del Ministerio de Salud (MINSA) y el ex Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy EsSalud), teniendo como objetivo principal el que los servicios hospitalarios fueran asumidos por la Seguridad Social, mientras que los servicios que brindaban atención ambulatoria en el primer nivel de atención, fueran asumidos por el MINSA, debiendo procederse progresivamente a la transferencia de la infraestructura de servicios entre ambas instituciones. Aspectos condicionantes, como la diferencia de culturas de ambas instituciones, el público objetivo, la falta de planificación en especial respecto a procesos operativos y de soporte institucional, y la falta de un ente articulador-implementador del proceso, resultaron ser algunos de los problemas insalvables, originando que el año 1998, mediante Ley N° 26743 se dejaran sin efecto los Decretos Supremos citados, debiendo detenerse y revertirse todas las acciones desarrolladas con tal fin, concluyendo con la firma del Convenio Marco de Desintegración Funcional MINSA – IPSS.

11.3. Aciertos, fallos, dificultades y desafíos para lograr RISS desde la mirada hospitalaria en el Perú

Como hemos revisado, el Perú ha reconocido e incorporado la importancia de la conformación de Redes de Servicios de Salud con la finalidad de acercar los servicios a la población que los requiere, cerrando las barreras geográficas y mejorando la oportunidad. No obstante los esfuerzos desplegados durante varios años, aún existen algunas dificultades que deben superarse y varios desafíos planteados por la implementación y el desarrollo de una política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS).



11.3.1. Aciertos

Se han implementado una serie de reformas y generado herramientas estructurales que podrían actuar como factores para impulso de una estrategia de Redes Integradas.

1. El proceso de descentralización política y la transferencia de funciones a los Gobiernos Regionales y Locales ha permitido acercar las políticas públicas a la población, incentivar la participación de los ciudadanos y mejorar los diagnósticos sobre las necesidades de servicios; también es un espacio interesante de fortalecimiento de la gobernabilidad y de articulación de actores.
2. El Ministerio de Salud ha realizado una variada emisión normativa como la Categorización de los Establecimientos de Salud, Equipamiento Biomédico, Estándar de Datos, Catálogo Sectorial de Procedimientos Médicos y Estomatológicos, entre otras, que permite organizar y estandarizar los servicios de salud de los diferentes subsistemas, abriendo la posibilidad de establecer relaciones de intercambio prestacional.
3. La aplicación y difusión de metodologías para el desarrollo de análisis Situacionales de salud, y estudios de carga de enfermedad, generan mejores diagnósticos que permiten conocer las necesidades de los servicios de salud en ámbitos regionales ocasionando la posibilidad de organizar la oferta de todos los subsistemas y producir servicios articulados y con mejores resultados.
4. El Sistema de Referencia y Contra referencia, señala los procedimientos asistenciales y administrativos, que asegurarán la continuidad de la atención con características de oportunidad, eficacia y eficiencia, entre establecimientos de menor a mayor nivel de capacidad resolutive.

11.3.2. Desaciertos

Siguiendo el mismo razonamiento que en el acápite anterior, en el Perú también existen una serie de circunstancias adversas que dificultan la conformación de redes y el trabajo en las mismas:

1. La ausencia de una Política Nacional de Recursos Humanos, no permite mantener la atención en los establecimientos de salud. Un número



importante de establecimientos solamente cuenta con personal no profesional y en otros casos, el personal médico acude pocos días en el mes; la falta del recurso humano afecta la oportunidad y continuidad de la atención. De la misma manera, no existen incentivos financieros y no financieros que garanticen el ingreso, rotación, promoción y reemplazo del personal asistencial, ni generar ni mejorar las capacidades e incentivar la calidad y el trabajo en las zonas distantes y más necesitadas de la república, lo cual repercutiría en el funcionamiento de la Red de atención, dado que no se podría garantizar la permanencia del profesional o su competencia en la atención.

2. La falta de capacidades de gestión ha impedido un adecuado uso de los recursos, aunado a la falta de mecanismos de rendición de cuenta y evaluación de la plana gerencial de los establecimientos, generan falta de planificación y una administración reactiva a los eventos y la demanda. Mientras no se cuente con gestores competentes y mecanismos de control claros, las acciones de cualquier índole, corren el riesgo de no ser adecuadamente implementadas e inclusive de transgredir la norma.
3. Un modelo de financiamiento que no traslada riesgos y que premia la producción intermedia sin cumplimiento de metas ni entrega de resultados, junto con políticas financieras que individualizan los ingresos a nivel de establecimientos, ha generado competencia entre establecimientos, prioriza la atención recuperativa, la producción intermedia (consultas, análisis, días de estancia) y direcciona los recursos a establecimientos de las grandes zonas urbanas en donde es posible incentivar una alta demanda de servicios. Así mismo, han aparecido prestadores de baja calidad que subsisten gracias a la ineficiencia de los subsistemas públicos y del pago de bolsillo que aún representa el 32% del gasto en salud.
4. La falta de planificación en la inversión ha permitido el deterioro y la obsolescencia progresiva de equipos e infraestructura y ha generado la existencia de sobre oferta del mismo nivel de complejidad en determinadas zonas, toda vez que cada subsistema realiza sus inversiones de forma independiente, generando redes de atención con establecimientos que no reúnen las características mínimas de atención y en su contraparte, la sobre demanda de servicios en aquellos medianamente o bien implementados.



11.4. Perspectivas y desafíos

1. El nuevo marco del AUS genera grandes desafíos con respecto a la manera de encarar la organización de servicios de salud, como es la organización de los servicios de salud en Redes Funcionales, que involucra la articulación de todos los prestadores en un ámbito bajo principios de complementariedad de servicios e integralidad de la atención a la persona de acuerdo a los planes del aseguramiento, aspecto contemplado en el Decreto Supremo N° 008-2010-SA Reglamento de la Ley Marco del AUS, en su Título VII (art. 139° al 154°).
2. Por un lado ha generado un único supervisor a través de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), y reconoce nuevamente la rectoría del Ministerio de Salud para todo el Sistema. La presencia de ambos entes, el rector fortalecido así como el fiscalizador, ayudaría a garantizar el desempeño correcto del componente prestador y financiador en las Redes de Salud, mediante una normativa explícita y de cumplimiento obligatorio por todos los actores y por acciones de control, respaldadas por los dispositivos correctivos correspondientes. En el caso de la Rectoría, fortalece este espacio a través de la generación del Comité Técnico Implementador Nacional (CTIN) y de los CTIR a nivel Regionales que, siendo temporales en su horizonte, permiten generar espacios que deben ser utilizados para construir relaciones de gobernabilidad y gobernanza, creando la necesidad de desarrollar acciones en los ámbitos correspondientes, que permitan dar continuidad a la política nacional en salud, como es la articulación e integración de los subsectores para la prestación en salud.
3. Finalmente, el desafío más grande que se muestra sobre el horizonte, corresponde a la generación de un modelo de organización de los Servicios de Salud, alineado a las políticas nacionales y regionales de salud y a sus objetivos sanitarios. Sobre esta base, se precisa un modelo de financiamiento que debe coadyuvar al trabajo en Red, a una mejora de la calidad y debe estar adaptado al modelo de organización sanitaria peruano.



12. Comentarios

Las experiencias de los países de América Latina y el Caribe respecto de la integración de sus servicios de salud, han estado determinadas por las concepciones de sus sistemas de salud, así como por las voluntades de los líderes sectoriales y políticos respecto de la salud como un bien social. Como se revisó en los casos presentados, la evolución y contextos de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe han sido disímiles en cuanto a la definición del rol del Estado en la provisión de servicios de salud y la seguridad social. Asimismo, si bien los niveles de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud del continente no presentan diferencias importantes entre los países, las estrategias y orientaciones con que cada país decidió enfrentar dichos problemas han presentado diferencias significativas.

No obstante lo anterior, un aspecto central de dichas estrategias ha sido la dificultad al momento de alinearlas a las estructuras de los sistemas de salud. De esta forma, los países con sistemas de salud cuya organización se basa en la segmentación y favorece la fragmentación, han enfrentado mayores dificultades al momento de implementar los cambios. En este sentido, algunos de los casos expuestos representan fielmente el escenario descrito. Para superar esta brecha entre las estructuras de los sistemas y las estrategias para integrar los servicios de salud, los países deben abordar, en forma prioritaria, la coherencia entre las estructuras de sus sistemas de salud y los valores y principios orientadores en salud, expresados a través de sus planes nacionales de salud. Lo anterior no implica iniciar una nueva ola de reformas a los sistemas de salud, sino más bien lograr el alineamiento entre los modelos de atención y gestión con las instancias existentes dentro de los sistemas, siendo este el objetivo final la integración.

Para los hospitales, el insertarse en un modelo de RISS implicará un fuerte cambio a su papel histórico en los sistemas de salud. Como lo demuestran los casos presentados en este capítulo, los esfuerzos para la implementación y fortalecimiento de RISS en los sistemas del continente demandan una voluntad de los actores del sector salud que, en el caso de los hospitales, se relaciona con la transferencia de un poder histórico que se ha relacionado al éxito global de los sistemas de salud.



Capítulo 6

REFLEXIONES PARA UNA AGENDA HOSPITALARIA

Los autores planteamos que en respuesta a los cambios epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y socio culturales, los hospitales tendrán que redefinirse y abordar profundas reformas para entregar servicios costo efectivos, de calidad y ser sostenibles. Para ello será necesario hacer viable la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud. Este concepto lo entendemos esencial para mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. Por ello, en las próximas líneas el lector se encontrará que intencionadamente haremos relieve en una serie de preguntas.

La instalación de RISS no surgirá de replicar las actuales estructuras y maneras de hacer las cosas. *No se podrá con más de lo mismo*. Nos asiste la convicción de que los problemas que aquejan a los hospitales, en la actualidad, se agudizarán de no haber modificaciones sistémicas en la línea de los conceptos que sustentan la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud, basadas en la Atención Primaria de Salud. Por otra parte hemos planteado que no será posible implementar redes efectivas sin generar cambios en y desde como diseñamos y realizamos los procesos asistenciales hospitalarios. Dicho de otro modo, no vemos posible RISS sin hospitales y no serán sostenibles hospitales sin RISS.

En la construcción de una agenda que logre transformarse en políticas públicas de los gobiernos en LAC, será clave el rol de OPS en visibilizar temas relevantes y traer al presente una visión de futuro para los sistemas de salud de nuestros países que, al hacerse compartida por los diversos *incumbentes*, haga posible los cambios que se requerirán. En la construcción de dicha agenda, visualizamos un conjunto de aspectos que sin duda serán tópicos cruciales en el debate de los próximos años.

Un tema será cómo relevar en la agenda pública la actual fragmentación y segmentación de nuestros sistemas como uno de los principales obstáculos que atentan contra la posibilidad de proveer servicios de salud equitativos, eficientes, efectivos y valorados por los ciudadanos. A nivel de diagnóstico puede ser sencillo reconocer que nuestros sistemas enfrentan problemas de baja eficiencia técnica, cobertura y calidad de los servicios, problemas de seguridad de los pacientes, de capacidad de gestión y de evaluación del desempeño y rendición de cuentas, junto a incrementos insostenibles de los costos de los servicios de atención y a la percepción de los usuarios de que los servicios son de pobre calidad. Lo difícil es precisar cómo alertar a los diversos actores y, particularmente en quienes toman las decisiones, de que seguir invirtiendo los escasos recursos de la misma manera en que lo hemos hecho en el pasado, no colabora en resolver los problemas de hoy y menos los que se nos avecinan. Estas inquietudes no son ajenas a debates más globales que guardan relación con los modelos de desarrollo, el tipo de políticas sociales, el rol del estado, mercado y ciudadanía en visiones de país, donde la inclusión social, la calidad de vida y el desarrollo humano sustentable sean tópicos relevantes que hagan coherentes miradas inclusivas y de equidad en salud. Dicho de otro modo, nuestra agenda para un nuevo hospital no puede obviar temas más globales, ya que puede ser difícil pensar en hospitales en redes basadas en Atención Primaria en sociedades modeladas en torno a la exclusión y a que cada segmento socio económico tenga un diferente tipo de servicios, según su capacidad de pago o de influencia en las elites dominantes. Lo anterior nos obligará a contribuir a la construcción de consensos sociales y políticos que permitan agendas país de largo plazo en el ámbito de los sistemas de salud, que logren políticas persistentes más allá de los cambios de ministros y de gobiernos.

Dado que los hospitales ocupan el centro de la atención tanto de la ciudadanía como de los decisores, así como el porcentaje más alto del gasto público en salud, surge la inquietud de cómo generar una nueva mirada no sólo desde los decisores, sino que desde la propia opinión pública. Esto último nos obligará a pensar en estrategias dirigidas hacia los medios de comunicación social como parte relevante de la agenda para la reforma hospitalaria.

Cuando hablamos de “los” hospitales, ya que estos van desde dispositivos médicos no especializados con menos de un centenar de camas, hasta verdaderas ciudadelas altamente sofisticadas en lo tecnológico, con muchos centenares de camas y miles de empleados, reconocemos que, independiente de su tamaño y especialización, “los” hospitales en LAC desafortunadamente comparten su escasa visión de redes integradas. Lo anterior nos plantea la necesidad de nuevas definiciones sobre qué entendemos por “los hospitales” y cómo estos encajan en el concepto de RISS.



OPS plantea el desafío de hacer de los hospitales parte de un sistema proveedor de servicios estructurados en torno a una población y territorio a cargo, definidos; con competencias para conocer necesidades y expectativas de las personas usuarias; con diversos tipos de establecimientos, prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, de forma armónica e integrada con las acciones de salud pública que se ejecutan sobre las personas y el medio ambiente en dicho territorio. Además, plantea que estas políticas y arreglos deben partir generando un primer nivel de atención multidisciplinario de cobertura universal altamente resolutivo, desde donde se modulen y coordinen los procesos asistenciales integrados, asegurando que las acciones se desarrollen en los lugares correctos, dotados de las competencias necesarias. Las preguntas que surgen al respecto guardan relación con cómo generar voluntad política para que se diseñen políticas públicas que generen las condiciones para todo aquello.

El hospital en RISS requerirá de un modelo de organización y gestión diferente al de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos, con el objeto de lograr mancomunadamente ciertas metas e impactos en una población determinada. Lo anterior implicará que los hospitales participen de un pensamiento estratégico en red, desde donde se desprenda la estructura y cultura del establecimiento y de allí sus prácticas asistenciales. Procesos integrados con enfoque sistémico y cooperativo orientado a resultados sanitarios, centrados en las personas como sujetos de derecho y basados en la estrategia de Atención Primaria, que requerirán de competencias de articulación de procesos de soporte, logística e información, así como de recursos humanos adecuados en número, competencias y ubicación. Las preguntas que nacen guardan relación a los debates necesarios para instalar en las sociedades y organizaciones, las políticas y valores que orienten dichos modelos.

El rol de los hospitales en RISS será contribuir a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le defina, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Este nuevo rol requiere de una co-construcción entre los distintos dispositivos de la red, junto a una activa participación de los diversos actores sociales, siendo el eje los objetivos sanitarios y, utilizándose en perspectiva de red, herramientas de planificación, conducción y evaluación de las respuestas articuladamente generadas desde sus distintos integrantes. Esto implicará no sólo que la red defina participativamente la cartera de servicios de los establecimientos y que genere las condiciones para que los procesos asistenciales se organicen y ejecuten integrada e integralmen-



te, sino que el propio hospital deba volver sobre su propia identidad. Cómo lograr eso último sin generar resistencia, sino por el contrario, que dichas nuevas condiciones sean apreciadas como oportunidades para sentirse útiles, prestigiados y reconocidos.

Las preguntas clave giran en torno al cómo hacer “cómplices” a los hospitales, por tanto a las personas que allí trabajan, de la necesidad de trabajar en red, teniendo a la vista que el poder se concentra en los hospitales y su falta de “voluntad” para integrarse puede echar por tierra la estrategia de RISS. Quizás las respuestas estén en que resolvamos la manera de que quienes trabajan en los hospitales puedan comprender que la mayoría de los “problemas” que abruma y “colapsan” los servicios hospitalarios derivan justamente de la no existencia de RISS. Que se pueda comprender que un primer nivel altamente resolutivo y de amplia cobertura, junto a un segundo nivel de servicios especializados de carácter ambulatorio es la mejor garantía de que los servicios de urgencia hospitalarios no estarán atochados de usuarios que consultan por problemas banales o por complicaciones que pudieran haber sido previstas. La dificultad para intervenir quirúrgicamente a pacientes electivos por las presiones de los servicios de emergencia, tienen igual explicación, otro tanto sucede con los días cama que, al prolongarse, impiden recibir usuarios agudos por deficiencias en la red de dispositivos de larga estancia, de hospitalización domiciliaria o de un adecuado soporte socio sanitario, entre muchos ejemplos que sustentan la hipótesis de que los “problemas” del hospital son consecuencia justamente de sistemas mal organizados, basados en la fragmentación. La pregunta es cómo hacemos para que esto sea visto y comprendido por los diversos actores.

Lo anterior, un nuevo modelo hospitalario para redes, requiere de que al menos pongamos en agenda los debates y preguntas de cómo lograr tres grandes fuerzas, actuando en simultáneo: gobierno para la integración; financiamiento e incentivos alineados y esfuerzos persistentes para el cambio de cultura organizacional.

En la instalación de una agenda para enfrentar los desafíos hospitalarios en lógica de RISS, además del rol de OPS y de los Ministerios de Salud, debería ser relevante el rol de las universidades y de instituciones tales como Federaciones y Asociaciones Nacionales e Internacionales de Administradores y de Hospitales, siendo clave que estas organizaciones se sumen a apoyar espacios propicios a la instalación del concepto RISS en los distintos actores tanto locales como regionales.

Sin duda que, para que las redes funcionen, debe haber gobierno de red y



clara separación de las competencias de dirección con las de ejecución, tanto a nivel de las redes como de los establecimientos hospitalarios. Estas competencias, al estar fuertemente establecidas en arreglos institucionales, permiten alineamiento estratégico, integralidad y continuidad de la atención aún en la diversidad de actores. La definición, mandato y control del “quehacer” sanitario es rol ineludiblemente de un órgano directivo de la red y su ejecución -el cómo hacer- puede estar descentralizado en entidades hospitalarias con capacidades crecientes de autonomía de gestión en lógica de red. Al respecto, se hace necesario que redes y hospitales implementen consejos directivos, cuyos esfuerzos se dirijan a alinear vigorosas acciones tras objetivos sanitarios compartidos. La pregunta guarda relación a cómo -en la diversidad- diseñamos instrumentos efectivos de gobierno corporativo para redes, acogiendo las diversas realidades en LAC.

En el ámbito del financiamiento partimos reconociendo que aún cuando los hospitales atienden a un pequeño segmento de la población, consumen el grueso de los recursos de los sistemas sanitarios, convirtiéndose en la práctica en un serio obstáculo para un enfoque centrado en la APS. Es por ello que debemos debatir sobre cómo se fundamentan nuevos mecanismos de financiamiento, que junto con otorgar sostenibilidad a los hospitales, efectivamente colaboren en un contexto de sistemas integrados. El desafío, entonces, de un modelo de financiamiento es que el alineamiento con objetivos sanitarios país se traduzca en proporciones crecientes del gasto público hacia la atención de primer nivel y en asignaciones e incentivos que favorezcan el trabajo en red y que traspasen equilibradamente el riesgo, al estimular desde los incentivos que los hospitales otorguen las atenciones que la red le demande según las necesidades priorizadas de la población, con la mayor calidad posible y sin que tengan que disminuir tratamientos y procedimientos diagnósticos costo efectivos por efecto de una asignación de recursos insuficientes. Por ello, en la agenda debemos debatir el cómo los recursos deben ser asignados no sólo para dar estabilidad financiera a un hospital y satisfacer los costos esperados de atención, sino que, fundamentalmente, para incentivar al hospital a repensarse y rehacerse “en red” continuamente, junto con ser responsable y eficiente en el uso de los recursos asignados.

En una agenda de cambio debemos discutir a nivel macro cómo hacer que las reglas de financiamiento piensen más en los resultados (impacto) en salud que en el número de prestaciones y se basen más en la demanda priorizada de la población y de las acciones más costo-efectivas para enfrentarlas, que tan sólo en financiar oferta. A nivel micro, debemos discutir el cómo traducir los objetivos deseados a compromisos de gestión clínica integrados en red, generando incentivos a la productividad dentro de las metas asignadas desde las redes, de



forma de lograr un claro alineamiento de los equipos clínicos, especialmente de los médicos por el liderazgo que ellos ejercen en éstos.

Reconocemos que el concepto de RISS obligará a complejos procesos de cambio en la cultura organizacional de los hospitales. La historia hospitalaria en los países de LAC, junto con el paradigma de la beneficencia, sabemos, está fuertemente marcada por su autosuficiencia y aislamiento. Lo importante para la actual cultura es lo que sucede intra muros. Esta mirada, es replicada por cada unidad en que se subdivide el establecimiento, comportándose cada una de ellas como “*feudos*”, lo que se traduce en una escasa capacidad de adaptación a las necesidades de sus usuarios y a que se siga observando los procesos asistenciales como “comenzando y terminando”, no tan sólo dentro del establecimiento, sino en el ámbito de un órgano o sistema.

El concepto de RISS requiere, a nuestro juicio, de una nueva cultura hospitalaria la cual debe dirigir el foco a integrar *innovativamente* los procesos asistenciales, centrados en las personas usuarias, como una cadena de pasos interdependientes y cooperativos, que suceden en conversaciones (mediante el lenguaje) entre personas de distintas unidades de la organización y de fuera de la organización, generando un contexto de aprendizaje adaptativo que posibilita resolver las expectativas del usuario y desarrollar el potencial de los propios trabajadores de la organización, y la incorporación equilibrada a la práctica hospitalaria de la conducción explícita del “propietario” de una empresa de función pública con relación al *qué hacer*, junto a fórmulas de participación real de los trabajadores y usuarios en el *cómo hacer* en la vida cotidiana de los establecimientos, transparentando y regulando los conflictos de poder al interior de los establecimientos y de éstos con los distintos dispositivos de la red asistencial. La pregunta que surge es cómo lograr esa nueva cultura.

El hospital es una organización que se construye socialmente, por lo tanto, debiendo existir políticas y objetivos desde afuera (y financiamiento alineado a lo anterior), se debe comprender que los hospitales “NO son gestionables desde afuera”. Por lo anterior, será esencial debatir sobre el rol de los Ministerios y de las entidades financiadoras, de manera que promuevan una conducción clara, coherente y persistente, sobre diversos instrumentos que, efectivamente, generen las condiciones (gobernanza, asignaciones e incentivos) que faciliten los contextos en que se puedan dar “desde adentro” los complejos procesos de cambio en la práctica y el cotidiano convivir al interior de los hospitales y, lo más importante, que posibilite RISS. La pregunta es cómo contribuir a generar una visión potente que haga sentido a quienes trabajan en los hospitales para modificar su manera de observar la realidad, saliendo de los déficits, de “los problemas” para que desde lo que funciona, repensar nuestro quehacer



hospitalario. Percibimos que debemos abrirnos a buscar nuevas estrategias que no vengán a retroalimentar la clásica resignación y desesperanza que está a la base de lo que sentimos culturalmente: “si eso ya lo intentamos... aquí nada funciona”. Estas nuevas estrategias requerirán de liderazgo por lo que nos deberemos preguntar sobre cómo generar condiciones para directivos profesionales, con las debidas competencias e incentivos para enfrentar dichos procesos.

Intuimos que para este nuevo tipo de hospitales el lugar en que se ejecuta la formación del recurso humano no es neutro. Si el hospital sigue siendo el lugar privilegiado para realizar la formación de pre y postgrado, continuaremos perpetuando un modelo que declaramos pretender cambiar; el cómo influir en los centros formadores para un nuevo paradigma sin duda se constituye en tópico relevante para una agenda hospitalaria. A su vez, las Tics podrán ser un gran motor de integración y una ayuda indiscutible al existir pensamiento estratégico “en red” y procesos bien estructurados desde la lógica de la cooperación y la costo efectividad. El tema para la agenda es sobre cómo instalar pensamiento estratégico y comunidades de aprendizaje en red en el que las Tics sean efectivas palancas.

Hemos señalado que RISS como estrategia de futuro requiere de tres líneas de acción concatenadas: gobierno en red, financiamiento e instalar prácticas cotidianas para el trabajo en red, producto de dichos esfuerzos podemos, así, visualizar los hospitales del mañana:

Vemos hospitales en los que el sentido de pertenencia a una red de servicios en la que participa y con ella comparte la responsabilidad sanitaria por una población determinada le genera identidad. Que con la red estudia y conoce las necesidades de dicha población, identifica problemas de salud, define participativamente las prioridades y estructura desde la red su cartera de servicios. Que se posiciona ante la sociedad como parte de un colectivo de prestadores y unidades coordinadas desde el primer nivel de atención y se organiza internamente a partir de la organización de la red, enfoca sus servicios desde esta perspectiva y aporta con su capacidad resolutive al todo mayor e integrador de la red.

Vemos un hospital que se comporta como socio. Que busca maximizar sus intereses docencia, investigación, agregación de conocimiento, prestigio, etc., junto y a través de los intereses del colectivo. Que contribuye como uno más a una gobernanza en red y aporta a ésta sus fortalezas. Que pone sus quirófanos, laboratorios, servicios de imagen y de cuidados intensivos al servicio de la red, sin pretender controlarla. Cuyo equipo ejecutivo o gerencia hospitalaria



traduce, participativamente, los lineamientos que hace la entidad de gobierno del establecimiento, en diálogo permanente con el equipo de dirección de la red para compartir y consensuar visiones, problemas y soluciones en atención y la gestión. Que participa en las estrategias poblacionales sin limitarse a atender individuos que trascienden sus fronteras hospitalarias, dando sentido integral a las intervenciones de la red. Que comparte e interactúa con otros actores sociales y comunitarios como integrante de un todo y no como ente aislado, egocéntrico y vanidoso. Que participa en los espacios de concertación y gestión de su comunidad como parte del equipo de la red.

Vemos un hospital que favorece la *ambulatorización* y apoya con sus recursos, la atención extramuros de la población. Que se constituye en un ente flexible, dúctil, capaz de responder apropiadamente a la realidad de su población sin pretender adaptar la demanda a sus intereses y servicios tradicionales. Que se adapta al cambio constructivamente, no para acumular poder, sino para servir a su comunidad. Que reduce sus camas y sus servicios intramuros a lo estrictamente necesario, cede a los centros ambulatorios y a la hospitalización domiciliaria las prestaciones que se puedan resolver sin su concurso y concentra sus energías humanas y tecnológicas en la atención a pacientes críticos y agudos, requeridos de observación continua, especializada y de rápida reacción ante descompensaciones.

Vemos hospitales que no entienden su labor sin trabajar cotidianamente con las unidades del primer nivel de atención, a las que aportan sus capacidades especializadas y de las que recibe sus conocimientos generales. Que con estas unidades coordina interpretaciones de la situación de salud e intervenciones sanitarias. Que garantiza desde su quehacer la continuidad e integralidad de la atención, que desarrolla e incorpora junto a los colegas del primer nivel, protocolos y guías de atención, expedientes clínicos únicos, mecanismos para la referencia y contra referencia y otros instrumentos de gestión y atención. Que genera y comparte espacios conjuntos de capacitación con el primer nivel de atención e implementa discusiones técnicas con ella, tanto de salud pública como de casos clínicos. Que investiga y produce conocimientos que se comparten en la red.

Vemos al hospital hegemónico, centro del sistema, dando paso al hospital compañero, que colabora y trabaja de igual a igual con el resto de las unidades de la red. Un hospital que más que ombligo de un universo que produce prestaciones, es manos que se unen en un *multiverso* integrador, que contribuye a generar soluciones para la calidad de vida de personas y poblaciones. Un hospital que no es valioso por la cantidad de camas y tecnología con la que cuenta, sino más bien por el valor que agrega a la red con la calidad y pertinencia de sus servicios para atender padecimientos agudos de diferente origen.



Finalmente, vemos un nuevo hospital que comprende que el poder y el valor residen en la colaboración y no en el aislamiento, en ser parte de un todo y no en la individualidad, en el movimiento constructivo y no en la defensa estática del pasado, en contar con la tecnología pertinente a rol que desempeña y no en tener el último grito de la industria médica, en lograr resultados sanitarios colectivos más que en un titular de prensa, en servir, compartiendo el protagonismo. Que se siente orgulloso de su nuevo papel y es reconocido como socio imprescindible por todos los colegas de la red, por el sistema de salud y por la sociedad.

Desde un inicio planteamos que no pretendíamos escribir otro libro sobre gestión de hospitales. Nos movió el deseo de contribuir desde la pragmática a la construcción de sistemas de salud que se modelen, teniendo como centro a la persona humana. Pretendemos entonces -sin dogmas- hacer una contribución, provocando preguntas sobre qué tipo de hospitales necesitamos para construir redes integradas de servicios de salud en América Latina y el Caribe, en respuesta al reto que significa tomar la decisión de los países de la Región de las Américas de avanzar en la organización de RISS como mecanismo para resolver los importantes problemas de fragmentación de los servicios de salud.

En el proceso de elaboración de este libro, aprendimos que estamos lejos de contar con experiencias que puedan ser presentadas como ejemplos exitosos de hospitales trabajando solidariamente en red. Aun las mejores experiencias son incipientes y casi anecdóticas. Significa que tenemos un largo camino por andar. Esperamos que este libro contribuya a ello.

Reafirmamos nuestra hipótesis sobre que la iniciativa de Redes Integradas en Salud -RISS- requerirá de cambios en la identidad hospitalaria y en la forma en cómo se relacionan distintos dispositivos de cara a las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud para pasar del discurso a la acción efectiva. Para que esto realmente ocurra en la práctica cotidiana, los autores plantean la necesidad de construir una agenda para el hospital del mañana desde tres premisas: 1) Sin los hospitales no habrá RISS; 2) Con los hospitales tampoco habrá RISS si persiste el *status quo* de la cultura organizacional hospitalaria actual; y 3) Sin RISS no se resolverán los problemas y retos actuales del hospital. Estas tres premisas requieren de un nuevo pacto entre gestores, el sistema de salud y la sociedad, en el que el hospital conscientemente asume una nueva posición y se enorgullece de ella, no como consecuencia de ser arrinconado por la evolución de los costos, el perfil epidemiológico y la innovación tecnológica, sino por la comprensión de que esta nueva identidad le “hace sentido”, ya que para los propios trabajadores hospitalarios pasa a ser mucho mejor resolver todo lo posible fuera de sus fronteras, entendiendo ello como más “saludable” para todos: sociedad, sistema de salud, hospital, etc.



Esta opción del hospital por hacer posible RISS -opción estratégica donde se juega su propia sostenibilidad- requiere de otra proposición crucial: la necesidad insoslayable de incluir a las personas que trabajan en los hospitales en la construcción de redes integradas como objetivo compartido. De no hacerlo, nos estaremos condenando a la mantención del *status quo* y a hacer de las redes “un elemento del discurso, pero no de la acción”.

Desde los aspectos planteados, los autores señalan su disposición a colaborar con OPS en la instalación de esta agenda que haga posible hoy el hospital que soñamos.



Glosario



Acceso (a servicios de salud): las percepciones y experiencias de las personas en cuanto a su facilidad para acceder a los servicios de salud o los establecimientos de salud en cuanto a ubicación, tiempo y facilidad de la llegarⁱ.

Accesibilidad: La accesibilidad se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a un individuo o un grupo de individuos. La accesibilidad se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago u otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), barreras burocráticas, variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones).

La accesibilidad puede enfrentarse a barreras financieras (insuficiencia de medios económicos), barreras geográficas (distancia hasta acceder a los proveedores asistenciales), organizativas (falta de profesionales) y barreras sociológicas (discriminación social o racial, problemas lingüísticos, o culturales, etc.ⁱⁱ

Acreditación: La acreditación es un proceso mediante el que se evalúan las características de un determinado programa de actuación (preventivo, intervencionista, educativo, etc.) o la estructura de una institución u organización sanitaria (estructura física, equipamiento, profesionales, organización de los servicios, etc.) de acuerdo con criterios y estándares determinados de antemano.

La acreditación, por su naturaleza, debe ser temporal, pudiendo oscilar su

ⁱ OMS, Glosario de Fortalecimiento de Sistemas de Salud

ⁱⁱ Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009. Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

validez, según el caso, entre 1 y 5 años, momento en el cual se impone volver a evaluar la idoneidad de lo acreditado, inicialmente por medio de un proceso denominado re-acreditación que usualmente es menos complejo y se lleva a cabo en menos tiempo que el proceso inicial de acreditación.

La acreditación supone un reconocimiento profesional y público (y en ocasiones administrativo) de que los recursos y/o los procesos acreditados a una institución sanitaria determinada cumplen determinados estándares de calidad. El proceso de acreditación de un centro o servicio sanitario implica el análisis de las estructuras físicas y funcionales del centro asistencial implicado en relación con normas y estándares previamente establecidos o acordadosⁱⁱⁱ.

Agencia, (Relación de...): Se define como la relación existente entre dos personas –un principal y un agente- para la realización conjunta de una acción, cuando alguna de las dos posee información adicional determinante para la propia acción. En sanidad el principal es el paciente y el médico el agente. La acción conjunta es la prestación de un servicio de atención sanitaria. El agente negociará con el principal y con terceras partes generalmente a través de una relación contractual.

El sector sanitario se caracteriza por la multiplicidad y complejidad de las relaciones de agencia en las que los facultativos se encuentran involucrados. La asimetría de información entre médico y paciente así como los vínculos con los centros y suministradores generan diversos problemas de agencia. Las diferencias entre la información disponible por unos y otros agentes genera que la parte mejor informada obtenga mayor poder de negociación sobre la parte que tiene peor o menor información.

La base para el establecimiento de una relación de agencia se encuentra en la diferencia de información y de conocimientos entre los dos actores de la relación. Se considera que existe una relación de agencia cuando: 1) El cliente o paciente elige o designa al profesional como su agente, transmitiéndole la capacidad de tomar decisiones; 2) El profesional tiene acceso a un cuerpo especializado de conocimiento, siendo en virtud de este conocimiento diferencial por el que se produce la delegación de responsabilidad y de poder de decisión^{iv}.

Aseguramiento: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y el acceso a los mismos. Incorpora la organización y gestión de la prestación de servicios, implantada mediante varias modalidades de manejo del riesgo.

ⁱⁱⁱ Id *ii*

^{iv} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009



Estos se centran en la asignación y administración de los recursos para garantizar que el riesgo financiero asociado a las intervenciones de salud es asumido por todos los miembros mediante un fondo común o “pool” y no por cada miembro individualmente^v.

Atención Abierta: Es la modalidad de atención de salud entregada al usuario en establecimientos de cualquier complejidad y que no contempla la hospitalización de este para recibir las prestaciones.

Atención Primaria de Salud (APS): La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”^{vi}.

Esta definición pone énfasis, sobre todo, en la *estrategia* de organización de los sistemas de salud y la sociedad para promover la salud. La OPS utiliza APS en su acepción como estrategia para el desarrollo de los sistemas de salud, y el término *Primer Nivel de Atención* para referirse a lo que muchos autores define como el primer nivel de complejidad de los servicios de salud.

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

Autogestión en Red: Se entiende en Chile al modelo instalado por la Ley 19.937, que entrega autonomía administrativa a los establecimientos, que acreditan para tal calidad, a la vez que potencia la red asistencial. A diferencia de modelos de “autonomía hospitalaria” que busca prestadores que con máxima flexibilidad de los factores de producción, sean autónomos en sus

^v Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{vi} OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.



decisiones asistenciales para competir en el mercado de prestadores. Este modelo opta por disminuir la autonomía de los establecimientos en el orden de las decisiones sanitarias, aumenta las competencias para una administración autónoma y amplía los espacios de cooperación tras objetivos sanitarios comunes que determina la autoridad.

Atención Socio-sanitaria: La atención socio-sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Esto incluye, en otras: i) Los cuidados de larga duración, ii) La atención a la convalecencia, y iii) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Autoridad Sanitaria: La Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. Se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización institucional del sector salud. Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la Autoridad Sanitaria y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría para el sector salud^{vii}.

Benchmarking: Es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales^{viii}.

Es el procedimiento de gestión, mediante el cual una organización compara sus actividades y resultados respecto de las organizaciones más destacadas y sobresalientes de su ámbito o sector, con objeto de intentar mejorar los propios en razón de la información así obtenida. El benchmarking podría definirse como una herramienta de gestión que pretende identificar y definir los aspectos que hacen que una empresa u organización sea más eficiente que otra, para después adaptar el conocimiento adquirido a las características de cada organización. Aplicado a la Gestión Clínica, permite comparar al instante un conjunto de aspectos clave para analizar el posicionamiento de un

^{vii} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{viii} Michael J. Spendolini



servicio clínico concreto respecto a un conjunto de servicios similares^{ix}.

Cama hospitalaria: Una cama la cual se provee de manera regular y a la cual se le asigna personal para acomodar y atender a tiempo completo enfermos hospitalizados; está situada en pabellones o áreas del hospital donde se proporciona atención médica continua. Constituye una medida de la capacidad del hospital^x.

La definición de Cama Hospitalaria puede extenderse a: *Camas autorizadas:* El máximo número de camas para las cuales un hospital tiene una licencia para operar. Muchos hospitales no ocupan todas las camas para las cuales se autorizan.

Camas físicamente disponibles (Physically Available Beds): Las camas que se autorizan, físicamente se establecen y están disponibles para el uso. Estas son camas regularmente mantenidas en el hospital para el uso de pacientes, dotadas para el alojamiento, con servicios de apoyo (como alimentación, lavandería y mantenimiento). Estas camas pueden o no estar dotadas de personal (enfermería) pero están físicamente disponibles. *Camas con personal asignado* (Staffed Beds): Las camas que se autorizan y físicamente disponible y con personal asignado para la atención de pacientes. Las camas con personal de atención incluyen aquellos que son ocupados y aquellos que están vacantes. *Camas no provistas* (unstaffed Beds): Las camas que se autorizan y están físicamente disponible y no tienen personal asignado. *Camas ocupadas* (Occupied Beds): Las camas que se autorizan, físicamente disponible, con personal asignado y ocupado por un paciente. *Camas vacantes/disponibles* (Vacant Beds): Las camas que están vacantes y a las cuales los pacientes pueden transportarse de inmediato. Estos deben incluir espacio adecuado, el equipo médico, los insumos médicos, servicios auxiliares y de apoyo, y el personal para brindar atención bajo circunstancias normales. Estas camas son autorizadas, físicamente disponibles y tienen personal a mano para asistir al paciente que ocupa la cama^{xi}.

Calidad: En su acepción más simple, es el atributo de la atención en que las acciones se realizan correctamente. La calidad tiene un componente técnico, que guarda relación con el proceso asistencial mismo, la aplicación correcta de la evidencia científica, el uso pertinente de tecnología apropiada, y la eficacia e impacto social de los resultados. Tiene un componente organizacional, que guarda relación con el uso eficiente de recursos y con la fluidez, armonía y coordinación con que se dan distintos procesos dentro del establecimien-

^{ix} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009

^x OMS 2000, OECD Glosario de Términos Estadísticos 2007

^{xi} Adaptado de AHRQ, 2005, Colorado, EEUU



to. Tiene un componente social, que guarda relación con la satisfacción que obtienen los usuarios de los servicios del establecimiento y lo prestigioso que resulta ser la labor tanto para la institución como para las personas que ejecutan las acciones.

Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para realizar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios: Definición del conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias en los ámbitos preventivos, curativos, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera debe ser definida por la red en base a objetivos sanitarios del país y de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

Categorización de pacientes en Unidades de Emergencia (*Triage*): Es la distribución de consultantes según su riesgo vital y tiene por finalidad ordenar la demanda (selector de demanda), y realizar la atención priorizando en el tiempo a las personas de mayor gravedad.

Categorización de personas por riesgo y dependencia: es la evaluación del riesgo clínico y la dependencia de las personas hospitalizadas, que se realiza a una pauta de categorización estandarizada. Su objetivo es ubicar las personas hospitalizadas en el lugar más adecuado a sus necesidades. Permite también objetivar la carga de trabajo de los funcionarios y por tanto realizar la mejor distribución de dichas cargas.

Centro de Costos. Unidad hospitalaria que genera gastos en procesos intermedios, los que deben ser cargados a uno o varios centros de responsabilidad. Por lo tanto cada centro de responsabilidad puede guardar relación con varios centros de costos (por ejemplo centro de responsabilidad “cirugía” guarda relación con centro de costo consultorio externo, laboratorios, cuidados intensivos). Cada centro de costos, puede identificar uno o más productos, sus costos totales y medios.



Centro de Responsabilidad. Son las unidades de gestión clínica, o unidades funcionales asistenciales, que generan productos intermedios o finales homogéneos, susceptibles de ser medidos, que tienen un solo responsable, que se ajustan al modelo productivo del establecimiento, que identifica su demanda, sus usuarios y las metas productivas que se le han solicitado, así como el presupuesto que cuenta para ello, y que tienen grados de autonomía y flexibilidad para el uso de recursos.

Certificación: Proceso por el cual una entidad autorizada, organización gubernamental o no gubernamental, evalúa, reconoce y certifica que un individuo o una organización cumple requisitos o criterios pre-establecidos. Aunque los términos acreditación y certificación a menudo se usan indistintamente, acreditación aplica generalmente solo a organizaciones, mientras la certificación puede aplicarse a individuos, así como a organizaciones. Cuando se aplica a los profesionales individuales, certificación implica generalmente que el individuo ha recibido educación y capacitación adicional, y posee competencia demostrada en un área de especialidad más allá de los requisitos mínimos fijados para el otorgamiento de licencias. Un ejemplo de tal proceso de certificación es médico que recibe certificación por una junta de la especialidad profesional en la práctica de la obstetricia. Cuando se aplica a una organización, o parte de una organización, como el laboratorio, certificación implica generalmente que la organización tiene servicios adicionales, tecnología o capacidad más allá de aquellos encontrados en organizaciones similares^{xii}.

Cobertura: Proporción de la población elegible para recibir atención en salud por medio de programas públicos. La cobertura se puede clasificar en: *Cobertura universal:* Proveer acceso a la atención en salud a toda la población a un precio asequible. *Cobertura nominal:* Porcentaje de personas con derecho a recibir la atención ofertada por el sistema de aseguramiento público con respecto a la población total. *Cobertura efectiva:* se expresa como el porcentaje de personas que teniendo derecho a recibir la atención ofertada, normalmente la reciben si la requieren^{xiii}.

Comunidad: Una unidad de población, a menudo geográficamente definida, que es el área exacta de responsabilidad básica política y social y en que ocurren las interacciones sociales diarias del espectro de actividades de vida de las personas^{xiv}.

Continuo Asistencial: corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como

^{xii} OMS, Glosario de Fortalecimiento de Sistemas de Salud

^{xiii} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{xiv} Id. *xii*



coherentes y conectados entre sí, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud^{xv}.

Continuidad de la Atención: Se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del tiempo y de la evolución del problema de salud que motivó una consulta, en el ciclo vital y en cualquier estado de salud.

Control Social: Es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual o colectiva sobre las acciones que desarrolla el establecimiento en materias de salud que le afectan directamente, así como sobre la gestión global del establecimiento en los ámbitos de la participación, de la calidad de los servicios, y de la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos.

Contrarreferencia: Es el procedimiento, mediante el cual una persona retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada y el apoyo al establecimiento que recibe para asegurar la continuidad de la atención.

Coordinación de Niveles Asistenciales: Consiste en concertar medios y esfuerzos para conseguir la continuidad de los cuidados dirigidos a recuperar la salud perdida. Auna estrategias entre atención de primer nivel y atención especializada para conseguir una mayor calidad asistencial, garantizando así la continuidad de cuidados. Es considerada como un objetivo estratégico prioritario para todas las organizaciones sanitarias implicadas.

La Coordinación internivel es una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan en un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se pretenden obtener implican a todos los que intervienen en el mismo^{xvi}.

Costo de Oportunidad: El costo de oportunidad es el beneficio de la mejor de las opciones desestimadas en una elección. Representa el costo de la propia elección, es decir, de la inversión de los recursos disponibles en una oportunidad económica, frente a las inversiones alternativas disponibles, o también el *valor de la mejor opción no realizada*. El costo de una determinada elección no está formado únicamente por el valor de los recursos empleados en elegir esa

^{xv} Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327(7425):1219–1221).

^{xvi} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009



opción (supóngase la compra de una tecnología sanitaria) sino por el sacrificio que nos supone tal decisión, tanto si ello implica una transacción monetaria como si no. Teniendo en cuenta la escasez de recursos en relación con las necesidades, el empleo de un recurso en una determinada alternativa impide que este mismo recurso sea empleado en otra alternativa diferente, en esto se basa el costo de oportunidad^{xvii}.

Cuidado apropiado: se refiere a atención ajustada a las necesidades en salud de toda la población; atención efectiva y basada en la mejor evidencia científica disponible; a intervenciones seguras y que no causen daños o perjuicios de ningún tipo; y a que las prioridades respecto a la asignación y organización de los recursos se establecen según criterios de equidad y de eficiencia económica (por ejemplo costo-efectividad)^{xviii}.

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

Puede subdividirse en la demanda expresada (equiparado con utilización) y demanda potencial. También puede ser subdividida en la demanda racional (exigencia que corresponde a necesidad) y demanda irracional (exigencia que no corresponde a necesidad) y por ultimo, en demanda satisfecha y demanda insatisfecha que se refieren a la capacidad de los servicios de salud (oferta) de cubrir toda la demanda.

Eficacia: Se entiende por eficacia, aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones óptimas. Eficacia se refiere a los “Resultados” en salud de las tecnologías.

Eficacia es el grado en que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible. La falta de eficacia no puede ser reemplazada con mayor eficiencia por que no hay nada más inútil que hacer muy bien, algo que no tiene valor^{xix}.

Eficiencia: Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible en términos de salud por unidad de costo; y

^{xvii} Ídem.

^{xviii} OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007

^{xix} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009



son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad de producto a mínimo costo, o cuando se obtienen más unidades de producto con un costo dado (supuesta la calidad constante). Existen diversos modos de expresar la eficiencia, siendo los más comunes las medidas de costo/eficacia, costo/efectividad, costo/utilidad, y costo/beneficio. Tiene dos dimensiones: relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los programas y/o servicios^{xx}.

Efectividad: La medida en que un programa u otra actividad contribuye al logro de las metas y objetivos fijados para reducir las dimensiones de un problema o mejorar una situación insatisfactoria.

Enfoque de salud familiar: La atención de salud con Enfoque Familiar, es la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familias, que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial. Este enfoque se aplica en todas las acciones sanitarias del sector.

Equidad en salud: se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales^{xxi}.

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

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

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

Evaluación de tecnología en salud: Es la valoración de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de intervenciones sanitarias, medicamentos, equipos y

^{xx} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.

^{xxi} Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007



procedimientos que utilizan los servicios de salud para la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Excelencia: Es el modelo de gestión hospitalaria que integra distintas metodologías e instrumentos, administrativos y asistenciales, de forma lograr los mejores resultados institucionales, nivel de satisfacción usuaria y adhesión, motivación y desarrollo de los funcionarios que trabajan en el establecimiento.

Farmacovigilancia: Sistema permanente de recolección e información, monitoreo, investigación y evaluación sobre los efectos de los medicamentos con el objeto de identificar nueva información sobre reacciones adversas y evitar los daños a los pacientes.

Financiamiento en Salud: Función de un sistema de la salud que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individualmente o colectivamente, en el sistema de la salud.

Fragmentación (de servicios de salud): “coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial”^{xxii}.

Gerentes de salud - Gerentes de Servicios de Salud: En los sistemas de salud, se considera que la gestión se da en tres niveles^{xxiii}. La *macro gestión* identificada con el rol de la autoridad sanitaria nacional que determina las políticas de salud, armoniza los mecanismos, fuentes y agentes involucrados en la financiación, regula todos los aspectos relacionados a la salud, incluyendo la provisión de servicios de atención y garantiza la equidad. La *meso gestión* que incluye la gestión de redes y establecimientos de salud y sus subdivisiones organizacionales. La *micro gestión o gestión clínica* que se traduce en la prestación directa de servicios de atención a las personas por personal clínico.

En consecuencia, utilizamos el termino *Gerente de Salud* para referirnos a todas las personas que administran entornos de atención a la salud ya sea en una localidad (país, región o distrito, pueblo), un establecimiento (hospital, centro de atención ambulatoria, etc.) o en un una subdivisión de esos esta-

^{xxii} Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, DC: OPS; 2007). Otras definiciones abarcan: a) servicios que no cubren toda la gama de servicios de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo; b) servicios de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; c) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo; y d) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas

^{xxiii} Ortún Rubio, Vicente: ¿Conocimiento para gestionar? Revista Gestión Clínica y Sanitaria, septiembre 1999, Vol. 1, nº 1. España



blecimientos (salas, departamentos, servicios de apoyo, etc.). Esto incluye a la persona a cargo de la autoridad sanitaria nacional y todas las otras personas en el sistema de salud que son responsables de la toma de decisiones que afectan los resultados. El término más específico de *Gerente de Servicios de Salud* designa a los responsables de la provisión de servicios de atención directa de salud (niveles meso y micro) en redes y establecimientos de salud.

Gestión: Son las acciones coordinadas y orientadas al logro de los objetivos institucionales (eficacia) con el mejor uso de recursos posible (eficiencia). Es el proceso mediante el cual se planifica, organiza, ejecuta y controlan la coordinación de todos los recursos disponibles en una organización para el logro de metas y objetivos.

Gestión clínica: “Es el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Por lo tanto, su objetivo último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)”.

Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto^{xxiv}.

Gestión de la Enfermedad: Sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control. Se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de alta prevalencia, que requieren una atención intensiva o de elevado costo, que representan un elevado costo en medicamentos, con intervenciones cuyos resultados puedan medirse y para los cuales se hayan descrito variaciones significativas en la práctica clínica^{xxv}.

Gestión de Casos: Provisión de atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en

^{xxiv} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009

^{xxv} Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. Bull World health Organ 2001; 79(8):755-63



torno al paciente. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta. Se dirige a personas con un nivel de riesgo elevado ya que requieren una atención muy costosas, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas. El gestor de casos coordina la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial^{xxvi}.

Gestión de recursos humanos: Se refiere a la toma de decisiones que afectan la naturaleza de las relaciones entre la organización de salud y sus empleados. Consiste en transformar los recursos disponibles en servicios que atiendan efectivamente y eficientemente a las necesidades de los individuos y de las poblaciones dentro de un contexto en evolución permanente^{xxvii}.

Gestión Participativa: Estilo de liderazgo, que entiende a las organizaciones de servicio como entidades horizontales, donde el conocimiento está homogéneamente distribuido y donde las personas son la principal fuente de innovación y son las principales responsables y protagonistas de la calidad de sus procesos. A su vez, entiende a los usuarios de los servicios como sujetos de derechos y co-responsables de los procesos asistenciales. Este estilo, se traduce en una estructura organizacional plana, que promueve instancias de participación y cooperación y que obtiene cambios organizacionales a través de la modificación voluntaria de las conductas de las personas.

Gestión por proceso clínico: Estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso (entrada) hasta el alta o resolución (salida).

Gobernabilidad: “la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte”^{xxviii}.

Gobernanza: se refiere a “los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones”^{xxix}.

^{xxvi} Smith JE. Case management: a literature review. *Can J Nur. Adm.* 1998; May-June: 93-109

^{xxvii} Gilles Dussault y Luis Eugenio de Souza, Universidad de Montreal

^{xxviii} Kooiman J, editor. *Modern governance: new government-society interactions.* London: Sage Publications; 1993. Citado en Huff, H, Báscolo, R y Bazzani, R “Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico a la investigación”. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2006

^{xxix} Huff, H, Báscolo, R y Bazzani, R “Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico a la investigación”. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2006



“El proceso de crear una visión y la misión organizacional – que será y lo que hará- además de definir las metas y objetivos que deben ser alcanzados para lograr la visión y misión; de articular la organización, sus dueños y las políticas que deriven de sus valores (políticas relacionadas a las opciones que sus miembros tiene para lograr los resultados deseados); y la adopción del modelo de gestión necesario para lograr esos resultados y de sistemas de evaluación del desempeño de los gerentes y la organización en su totalidad”^{xxx}.

Guías de Práctica Clínica: Son recomendaciones sistemáticas, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas^{xxxii}.

Hospital: Establecimiento de atención de salud que cuenta con camas (hospitalarias) personal y recursos tecnológicos clínicos donde los pacientes pueden, si lo necesitan, permanecer internados y recibir atención de salud durante las 24 horas del día. Sus prestaciones pueden ser de carácter ambulatorio (en consultorios adosados, de especialidad o unidades de emergencia) e intrahospitalario (hospitalización)^{xxxii}.

Hospitalizaciones evitables o prevenibles: El concepto de “hospitalizaciones evitables” fue desarrollado por Billings al final de la década de los 80 como un indicador indirecto de problemas de accesibilidad a la atención sanitaria y, en especial, a los cuidados efectivos de atención primaria. La lógica de esta aproximación es estimar, a partir de bases de datos disponibles rutinariamente (tipo conjunto mínimo de datos básicos, CMBD), las tasas de aquellos ingresos hospitalarios que, en teoría, se evitarían o reducirían si los pacientes hubieran recibido una adecuada atención extrahospitalaria previa, e inferir desde las tasas obtenidas hacia la presencia de problemas de calidad en la atención, sean por accesibilidad o por cualquier otro motivo. Las hospitalizaciones evitables no deben ser confundidas con las inadecuadas (que se refieren a pacientes cuyo ingreso hospitalario no sería necesario)^{xxxiii}.

Incertidumbre: La incertidumbre es el desconocimiento o conocimiento incompleto sobre el resultado de una acción, el marco en que está se desarrollará

^{xxx} OMS, Glosario de Fortalecimiento de Sistemas de Salud.

^{xxxii} Grifell E, Carbonell JM, Infesta F. Mejorando la gestión clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002

^{xxxiii} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{xxxiiii} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009



y sus posibles consecuencias. No todos los eventos presentan el mismo nivel de incertidumbre, de ahí la necesidad de cuantificarla y compararla. Incertidumbre y riesgo forman un binomio inseparable. La aversión al riesgo o si aceptación llevara a diferentes elecciones. De aquí que no exista en cada situación una elección objetivamente optima si no, que exista una pluralidad de alternativas u opciones en función de las circunstancias y deseos del ente decisor.

Integración Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema. El grado de coordinación del cuidado depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones que haga su equipo de salud. La integración clínica incluye la integración horizontal y la vertical^{xxxiv}.

Integración Funcional: El grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información, mercadeo y garantía/mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema. La integración funcional no implica que todas las actividades deban ser centralizadas o estandarizadas. Integración funcional tampoco significa que todas las funciones y actividades deben reorganizarse simultáneamente, sin embargo, algunas como la planificación estratégica deben comenzarse lo antes posible^{xxxv}.

Integración Horizontal: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de prestación de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos^{xxxvi}.

Integración Vertical: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de prestación de servicios. Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud^{xxxvii}.

Integración Virtual: Integración a través de relaciones como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema. Modalidad que utiliza

^{xxxiv} Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal 1993; 36(2):20-6

^{xxxv} Ídem

^{xxxvi} Ídem

^{xxxvii} Ídem



contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales “simulan” los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos^{xxxviii}.

Intersectorialidad: Consiste en la coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. La intersectorialidad en Salud es una estrategia para el éxito de las políticas anticipatorias, identificar las medidas correctoras y coordinarse con los otros sectores que aportan a la calidad de vida y/o efectúan políticas sociales, optimizar el control de los factores para mantener sana a la población, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud.

Mecanismos de pago: Forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de los servicios de salud^{xxxix}.

Modelo de atención: Descripción esquemática de la forma en que se organizan los recursos en un sistema de salud, niveles de atención, perfil de competencias, etc. También se refiere al tipo y la combinación de los servicios que se ofrecen generalmente en un país, una región, o un sistema, tal como el paquete de servicios básicos de un país dado^{xl}.

Modelo de gestión de los servicios de salud: Corresponde a la forma en que los gerentes del sistema de servicios de salud administran todos los recursos del sistema con el objeto de lograr las metas propuestas^{xli}.

Modelo de organización de los servicios de salud: Corresponde a la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva^{xlii}.

Modelo Atención integral: Conjunto organizado de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados– a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración

^{xxxviii} Satinsky MA. The foundations of integrated care: facing the challenges of change. American Hospital Publishing, Inc, 1998

^{xxxix} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{xl} Ídem

^{xli} Ídem

^{xlii} Ídem



y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, que incorpora las dimensiones personal, de continuidad, de contexto, de género e interculturalidad. Los objetivos del modelo de atención integral de salud son: Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorando la capacidad resolutoria y controlando los costos de operación del sistema; alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención; incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, y; entregar una atención de calidad.

Modelo de Atención centrado en el usuario: Un modelo de atención centrado en el usuario debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud. En este énfasis del modelo, tiene particular importancia la participación del usuario en el proceso de atención, en la obtención de la información requerida, en el trato otorgado y en el desarrollo de la capacidad de auto cuidado de las personas como una intervención sistemática que asegure adherencia a los tratamientos y cambios de las conductas que implican un riesgo a la salud. Esta concepción involucra que el sistema de salud sea menos paternalista con el usuario y asuma un rol más de “apoyador y colaborador”.

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

Cantidad de un bien o servicio en condiciones de ser usado o consumido por una población objetivo, en un período determinado. También se considera como (aproximación de la) oferta a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios. Se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente^{xliii}.

Participación en salud: Es un instrumento de control ciudadano que genera mecanismos de expresión e integración de las demandas populares. Esto significa que la población se hace parte y responsable de los factores que están determinando la salud y el auto cuidado, y participa en la toma de decisiones.

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de los derechos ciudadanos a través del vínculo entre la institucionalidad pública y la ciudadanía. De esta forma las personas se involucran en los asuntos públicos y acceden a la toma de decisiones.

Participación comunitaria: Es un proceso micro social en que se produce la intervención de la comunidad en la esfera de lo público, a nivel local. En este proceso se articulan los esfuerzos que se realizan localmente para participar de los procesos que se llevan a cabo en este nivel.

^{xliii} Ídem



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

Planificación sanitaria: Se refiere a la planificación enfocada a los objetivos de mejorar la salud, la accesibilidad a los servicios de salud, y la promoción de la eficiencia en la prestación de los servicios y los recursos sobre una base integral para una comunidad entera^{xliv}.

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

Primer Nivel de Atención: En este documento se ha preferido usar el término 1er nivel de atención en sustitución del término “atención primaria” de modo de evitar confusiones con respecto al concepto de Atención Primaria de Salud (APS), el cual para OPS representa un enfoque amplio para la organización y operación del sistema de salud como un todo, y no solamente la provisión de servicios de salud del 1er nivel de atención. En todo caso, el término atención primaria, como primer nivel de atención, ha sido definido por el Instituto de Medicina de los EUA como “la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable por resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente, y practicando en el contexto de la familia y la comunidad”^{xlv}.

El primer nivel de atención es la puerta principal de entrada a la red de servicios de salud y el lugar donde deben ser resueltas la mayoría de las necesidades de salud de la población.

En el contexto de un sistema de salud basado en la estrategia de APS es el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. Es el nivel de los servicios de salud llamado a brindar atención integral e integrada y que debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida; desempeña también una función importante en la coordinación de la continuidad de la

^{xliv} De los Hechos en el Diccionario del Archivo de la Gestión de Atención de Salud, 1988, citado en el Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{xlv} IOM. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996



atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva. Por tanto el Primer Nivel de Atención no se limita a los establecimientos de salud de menor complejidad, sino que contempla también la atención brindada en el ámbito comunitario.

Promoción: Estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

Protocolo de atención: Es un instrumento de elaboración y aplicación local, que traduce el acuerdo de expertos sobre mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para el abordaje de un problema de salud. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una Guía de Práctica Clínica, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

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

Producción sanitaria. Se conceptualiza como el número de prestaciones realizadas en un establecimiento asistencial en un determinado periodo de tiempo. Un proceso productivo entrega como resultado o producto final un conjunto de prestaciones sanitarias finales y utiliza un conjunto de prestaciones intermedias.

Productos finales. Son aquellas prestaciones que se ubican al final de un proceso de producción. Los principales productos finales son consultas y egresos.

Productos intermedios. Se entiende el conjunto de procedimientos que son parte del proceso productivo correspondiendo más bien a componentes del mismo y se encuentran incorporados generalmente dentro de una consulta médica o de un egreso. Las principales prestaciones intermedias son: intervenciones quirúrgicas mayores y menores; atención del parto; exámenes de laboratorio, de Imagenología (radiografía, ultrasonografía, tomografía); banco de sangre; anatomía patológica; y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.



Productividad. Se entiende como la razón entre los resultados de los procesos de producción sanitaria de un establecimiento o unidades funcionales y los recursos utilizados para ello en períodos determinados de tiempo.

Provisión de Servicios: Consiste en la atención directa a las personas por parte de personal profesional calificado. Puede ser de distintas naturalezas -promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación- se desarrolla en y desde establecimientos sanitarios de muy diverso tipo: en lugares de vivienda y trabajo; en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio; en unidades básicas de salud; en clínicas o ambulatorios especializados; en hospitales complejos, donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas^{xlvi}.

Provisión Privada de Servicios de Salud: Son aquellos servicios que prestan entidades de titularidad privada. La definición incluye: Entidades con fines de lucro (comerciales) y entidad sin fines de lucro (ONG) que prestan servicios hospitalarios y/o ambulatorios; Medicina Tradicional (curanderos, parteras tradicionales, etc.); Servicios organizados y brindados por empresas privadas para proteger y promover la salud de sus empleados^{xlvi}.

Red de Servicios: se refiere fundamentalmente a: a) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; b) organización jerárquica según niveles asistenciales; c) un referente geográfico común; d) el comando de un operador único; e) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y f) un propósito común.

Redes Integradas de Servicios de Salud: Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse 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”*^{xlvi}.

Supone la participación e involucramiento de los organismos gubernamentales y no gubernamentales o privados, incluido en éstos últimos los sistemas informales o tradicionales de las comunidades; por lo que su funcionamiento y operatividad requiere una conducción estratégica, mecanismos de gestión administrativa y financiera, así como esquemas de organización y relación de

^{xlvi} Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{xlvi} OMS, Glosario de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud

^{xlvi} OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en Las Américas. Washington, D.C. Junio 2010.



los recursos, servicios e instalaciones de salud a fin de: Asegurar la continuidad de la atención y articular los diferentes niveles de atención de la red mediante sistemas de referencia y contrarreferencia y mecanismos de coordinación a lo largo de todo el espectro de servicios y asegurar e integrar el flujo de información a lo largo de toda la red mediante sistemas de información que permitan la planificación, el monitoreo y la evaluación del desempeño, aseguren la continuidad de la atención, y enfoques basados en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

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

Salud: La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.” Desde esta perspectiva la salud abarca tres dimensiones de la persona: la física, la mental y la social cuya interacción da como resultado un estado integral positivo de las personas.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida^{xlix}.

Como categoría de análisis social la salud es el producto de políticas, estrategias y programas que realizan las instituciones y el conjunto de la sociedad para desarrollar las capacidades y mantener la integridad de las personas y la población, así como la preservación de un medio ambiente saludable. Estas intervenciones se ven reflejadas en acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales e instituciones sociales en procura de un mayor bienestar y mejor calidad de vida.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales, la salud de los diferentes grupos humanos es producto de una relación conflictiva entre los múltiples factores del medio físico, político, económico y sociocultural que implica el desarrollo de la sociedad y las condiciones de vida, los intereses, las percepciones, las pautas culturales, los conocimientos, las prácticas y las creencias de los

^{xlix} Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.



individuos, grupos sociales y comunidades.

Resumiendo, de lo anterior se colige que la salud es un proceso social dinámico y variable de bienestar físico, psíquico y social; reconoce la determinación social del proceso salud-enfermedad en su relación con las condiciones de vida y el derecho a la satisfacción integral de las necesidades humanas sin exclusiones, incluyendo en éstas las psicológicas, sociales y éticas que surgen como resultado de las relaciones entre los individuos y las demandas que le son planteadas en el ambiente físico, biológico y sociocultural.

La consideración de la salud como insumo y como producto social permite la ejecución de políticas públicas y estrategias sociales conducentes al desarrollo de la salud individual, familiar, comunitaria y ambiental, basadas en el esfuerzo concertado y negociado entre los diversos actores sociales que pueden influir sobre su situación, y las condiciones de vida de los conjuntos humanos presentes en dichos sistemas.

Salud Pública: es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, e incluye servicios tales como análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros¹.

Segmentación (de sistemas de salud): Sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)”.

¹ Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007



Servicios ambulatorios: Los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes que no se admiten formalmente en el centro médico y no permanecen durante la noche^{li}.

Servicios de Salud: Es cualquier servicio público o privado que pueda contribuir al mejoramiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas, y no necesariamente limitado a aquellos servicios de tipo médico o personales. De esta manera la Provisión de Servicios consiste en la atención directa a la población por parte de personal profesional calificado.

Servicios de salud integrales: se refiere a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida^{lii}.

Servicios de Salud Pública: Servicios de salud dirigidos a la población en general. Incluye, entre otros, análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y salud ocupacional^{liii}.

Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP): Un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) es un sistema de reglas que clasifica todos y cada uno de los pacientes atendidos por un proveedor asistencial en un conjunto de grupos homogéneos (en base a distintos atributos entre los que destaca el coste esperado) a partir de información básica como la edad, el sexo, los diagnósticos y los procedimientos practicados. Aunque de modo general se habla de clasificación de pacientes, una buena parte de los SCP, especialmente los vinculados a asistencia especializada, clasifican en realidad episodios asistenciales (altas o consultas externas, por ejemplo).

Las bondades de una herramienta capaz de sintetizar los miles de episodios atendidos anualmente por un proveedor en un conjunto manejable de categorías isoconsumo y clínicamente homogéneas se han mostrado de gran utilidad en todas las áreas de la planificación y la gestión. Los diversos sistemas

^{li} OCDE 2000 citado en el Glosario del Curso de Funciones Esenciales de Salud Pública, Campus Virtual de Salud Pública de la OPS

^{lii} Modificado de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1 May 2008

^{liii} OPS. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C., 2002



en grupos isoconsumo son denominados genéricamente medidas de case-mix (casuística). Constituyen en esencia herramientas para ayudar a mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios.

Los GRD (Grupos relacionados con el diagnóstico) son los más extendidos en el área de Hospitalización y son asignados por un programa informático (agrupador; *grouper*) a partir de los diagnósticos y procedimientos que recibe el paciente (clasificados conforme a la Clasificación Internacional de enfermedades 10ª revisión Modificación Clínica; CIE 10), la edad y el sexo. Aunque son los más extendidos en el área hospitalaria no son los únicos, pero tal vez los más importantes por lo que se le dedica un apartado exclusivo en el glosario^{liv}.

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

Sistema de Salud: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud^{lv}.

La OMS define los sistemas de salud como “*el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud*”^{lvi}. Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Las características específicas de cada sistema de salud dependen de la historia y las condiciones políticas y socio económicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas^{lvii}.

Sistema de Salud Basado en la APS: Enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios,

^{liv} Peiró, Salvador et cols. Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos. Una publicación de la Fundación Abbot. España, 2009

^{lv} WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva, 2000

^{lvi} Informe Mundial de la Salud, Año 2000, *Sistemas de Salud: mejorando el desempeño*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra

^{lvii} OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones y hoja de ruta para su implementación en Las Américas. Washington, D.C. Junio 2010.



los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad^{lviii}.

Tecnología apropiada: Es aquella tecnología que, habiendo sido aprobada por los procedimientos de evaluación y de las evidencias, es aplicable en la realidad concreta, en función de la costo-efectividad. Los avances tecnológicos, transforman la práctica clínica y generan interés para que los servicios de salud realicen prestaciones de calidad con efectividad y eficiencia. El Modelo de Atención instala la cultura de evaluación de las tecnologías en el sector, mediante el análisis de las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y uso de ésta para decidir su aplicación.

Tecnologías médicas: Sistemas o dispositivos que aportan al diagnóstico o al tratamiento. Los establecimientos deben estructurar el uso intensivo de tecnologías de tal forma den soporte eficiente a todos los procesos productivos del establecimiento; de forma que espacial y organizacionalmente permitan un uso y aprovechamiento óptimo por parte de distintas unidades o centros de responsabilidad, evitando tiempos muertos, sub utilización de equipos de alto costo y pérdidas de calidad en general.

Unidad Operativa: Término genérico que se usa indistintamente para referirse a establecimiento de salud, departamento clínico o servicio clínico.

^{lviii} OPS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS. Washington, D.C., 2007



Dedicatoria

A las personas usuarias de los sistemas de salud en Latino América y el Caribe, especialmente a aquellos más vulnerables, ya que son nuestra razón de ser.

A quienes tienen vocación y pasión por la gerencia de establecimientos y sistemas de salud.

A todas y todos los trabajadores de la salud, que día a día hacen un poco más posible sistemas integrados, centrados en las personas y basados en la Atención Primaria.

A todas y todos quienes no renuncian a los sueños y trabajan duro por hacerlos realidad.

