



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

Punto 4.12 del orden del día provisional

CE144/17 (Esp.)
11 de mayo del 2009
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

Introducción

1. En el presente documento se propone la política regional para la formación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en respuesta al gran desafío de la fragmentación de los servicios de salud y para dar cumplimiento a los compromisos contraídos en la Declaración de Montevideo, la Agenda de Salud para las Américas 2008–2017 y el Consenso de Iquique. En la política se estipula que las RISS contribuyen al desarrollo de los sistemas de salud basadas en la atención primaria de salud (APS) y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad tanto técnica como percibida por el público, que tengan en cuenta la equidad de género y la competencia cultural. Se recomienda la elaboración de planes nacionales ajustados a las realidades de cada país y basadas en la definición y los atributos esenciales de las RISS que se especifican en este documento.

Antecedentes

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

1 *Segmentación* se refiere a la “coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)”. (Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319, Washington, DC: OPS; 2007).

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

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

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

5. En los últimos años, se ha observado una tendencia a abandonar la competencia y a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud. En este sentido, la autoridad sanitaria desempeña un papel fundamental para instrumentar esta tendencia por medio de sus funciones de: a) conducción sectorial (por ejemplo, formulación de políticas y evaluación del desempeño del sistema); b) regulación; c) modulación del financiamiento; d) vigilancia del aseguramiento; e) ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); y, f) armonización de la prestación de servicios de salud (9). En el anexo A de este documento se resumen

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

algunas iniciativas de integración de los servicios de salud que están ocurriendo en países de América Latina y el Caribe.

6. A pesar de esos esfuerzos, los mecanismos e incentivos para promover la integración clínica y el establecimiento de redes integradas todavía son insuficientes y tienen que considerarse en los futuros desarrollos del sector. Esta realidad resulta evidente en los compromisos asumidos por los países de la Región en el artículo III de la Declaración de Montevideo que dice: “los modelos de atención de salud deben...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención” (10). Más recientemente, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, recomienda fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios integrales y oportunos (11), y el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 “La necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales”.(12)

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

Análisis de la situación

8. La fragmentación de los servicios de salud se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos puntuales comprenden la demanda reprimida, las listas de espera, las derivaciones tardías, la necesidad de visitar múltiples sitios asistenciales para solucionar un único episodio de enfermedad o la falta de una fuente regular de servicios. Otras manifestaciones incluyen repeticiones innecesarias del historial clínico y de las pruebas diagnósticas o la indicación de intervenciones que no tienen en cuenta las particularidades culturales de ciertos grupos poblacionales. En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos

niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Algunos ejemplos concretos incluyen la baja capacidad de resolución del primer nivel de atención, el uso de servicios de urgencia para tener acceso a la atención especializada, con lo cual se elude la consulta ambulatoria, la admisión de pacientes a los hospitales cuyos casos podrían haberse resuelto en forma ambulatoria o la prolongación de la estadía en los hospitales por dificultades para dar de alta a los enfermos con problemas sociales.

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

10. Aun cuando el desafío de la fragmentación de los servicios de salud es común en la mayoría de los países de la Región, su magnitud y sus causas principales son distintas dependiendo de cada situación. A pesar de lo expuesto, el examen de la bibliografía y las consultas con los países mostraron las siguientes causas principales de la fragmentación: a) segmentación institucional del sistema de salud; b) descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención; c) predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones concretos (programas verticales); d) separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; e) modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria; f) debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria; g) problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; h) multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios; i) modelos organizacionales contrarios a la integración; j) conductas y normas culturales de la población y los proveedores de servicios; k) trabas jurídicas y administrativas; y l) prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales (por ejemplo, financiamiento de programas verticales).

11. Con relación a las prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales, muchos de ellos actualmente están cuestionando la eficacia de la cooperación centrada exclusivamente en los programas verticales y están reorientando su cooperación hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud con un enfoque más integral. En diciembre de 2005, la Alianza Mundial para Vacunas e

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

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

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

La propuesta

14. El propósito de la iniciativa de la OPS sobre las RISS es contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basadas en la APS, y por lo tanto, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica y percibida por los usuarios, que tengan en cuenta las cuestiones de equidad de género y la competencia cultural. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal;

el primer contacto; la atención integral; la orientación familiar y comunitaria; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros (23).

15. Las RISS pueden definirse como una red³ de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud integrales⁴ 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 (Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2):20-6).

16. Según se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas, e incluso entre distintos países (por ejemplo, la iniciativa de “servicios compartidos” de las islas pequeñas del Caribe y la complementación de servicios en fronteras comunes).

Atributos esenciales de las RISS

17. Dada la amplia gama de contextos en los países, no es posible prescribir un modelo organizacional único para las RISS; de hecho, hay múltiples modelos posibles. El

³ El concepto de *red* tiene múltiples significados y aplicaciones. Por ejemplo, desde una perspectiva sociológica, las redes “corresponden a un mecanismo central del proceso de inclusión e integración social del individuo contemporáneo, así como a un modo de organización particularmente adaptado al funcionamiento social actual, portador de un fuerte potencial político debido a su capacidad de transformar la realidad” (Bertolotto F, Mancheno M. Las redes: una estrategia para la reducción de la segmentación de los sistemas de salud: contribución al seminario internacional GTZ/OPS/MSP/ASSE [no publicado, copia disponible a solicitud] sobre redes y sistemas integrados de servicios de salud, Montevideo, 16-17 de octubre del 2008). En el ámbito de los servicios de salud, el término red de servicios se refiere fundamentalmente a: a) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; b) organización jerárquica según niveles de complejidad; c) un referente geográfico común; d) el comando de un operador único; e) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y f) un propósito común.

⁴ **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, curación y rehabilitación, a través de los diferentes niveles del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida (Modificado de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008). Por otra parte, **continuo** asistencial corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí, y son congruentes con sus necesidades y preferencias (Modificado de Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327(7425):1219-1221).

objetivo de la política pública, entonces, es proponer un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema. A pesar de lo expuesto, las pruebas empíricas acumuladas y las consultas con los países indican que las RISS deben tener los siguientes atributos esenciales para su funcionamiento adecuado:

- 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;
- 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, y que integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública;⁵
- 3) un primer nivel de atención que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
- 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
- 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género;
- 7) un sistema de gobernanza único para toda la red;
- 8) participación social amplia;
- 9) gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
- 10) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- 11) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes;
- 12) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red; y

⁵ **Salud pública** es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, e incluye servicios tales como análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros (Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Publicación científica y técnica No. 589. Washington, D.C.: OPS; 2007).

13) acción intersectorial.

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

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

19. Los formuladores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudarlos en la conformación de las RISS. Los *instrumentos de política* son los medios para alcanzar los objetivos de la política pública y comprenden instrumentos jurídicos, formación de capacidades de otros, impuestos y tarifas, gastos y subsidios, y la exhortación e información. Dentro de este grupo de instrumentos se pueden señalar como ejemplo: a) la asignación de la población que se atenderá sobre la base del territorio; b) la planificación de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población; c) la definición de una cartera integral de servicios de salud; d) la normalización del modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad; e) la normalización del enfoque intercultural y de género en los servicios, lo que abarca la utilización de la medicina tradicional; f) la normalización de la puerta de entrada al sistema; g) la regulación del acceso a la atención especializada; h) las guías de práctica clínica; i) las políticas de formación y gestión de los recursos humanos compatibles con las RISS; j) el pago per cápita ajustado según condiciones de riesgo de la población; y, k) las políticas públicas integradas entre los distintos sectores.

20. Los *mecanismos institucionales* son los que se pueden establecer en las instituciones gestoras/prestadoras de servicios de salud, y pueden agruparse en vías clínicas y vías no clínicas. Las vías clínicas corresponden a los mecanismos relacionados con la asistencia sanitaria propiamente dicha, e incluyen, por ejemplo: a) los equipos multidisciplinarios; b) la rotación de personal entre los niveles de atención; c) la historia clínica única (electrónica); d) las guías de referencia y contrarreferencia; e) la gestión de casos; f) la telesalud; y, g) el autocuidado y cuidados en el hogar, debidamente apoyados y remunerados. Las vías no clínicas se refieren a los mecanismos de apoyo al proceso asistencial e incluyen: a) la misión y visión compartidos; b) la planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación del desempeño compartidos; c) la participación del personal de salud y los usuarios en la gobernanza; d) los diseños organizacionales matriciales; e) las centrales de regulación únicas de visitas; f) los sistemas de apoyo

clínico y logístico compartidos; g) el identificador (código) de usuario único; y, h) los equipos de asistencia social para la coordinación intersectorial.

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

Prioridades y estrategia de cooperación técnica

22. La ejecución pasada de las RISS ha aportado lecciones valiosas que ayudan a formular una estrategia exitosa de ejecución. Entre las lecciones más importantes cabe destacar: a) los procesos de integración son difíciles, complejos y de muy largo plazo; b) los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales; c) los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los formuladores de política; y, d) la integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles de integración que pueden coexistir en un mismo sistema (33-35).

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

24. Con respecto a las prioridades de cooperación técnica de la OPS, las consultas con los países han puesto de relieve las siguientes prioridades de cooperación: a) sistemas de información (atributo 11), b) gobernanza (atributo 7), c) gestión (atributo 9), d) financiamiento e incentivos (atributo 12), e) primer nivel de atención (atributo 3); f) recursos humanos (atributo 10); g) mecanismos de coordinación asistencial (atributo 5), y h) enfoque de la atención de salud (atributo 6). Con relación a la ejecución, la primera fase de la iniciativa (2009-2010) corresponderá a la fase de identificación de los principales problemas de la fragmentación de los servicios de salud y la elaboración de planes nacionales para el desarrollo de las RISS. La segunda fase (a partir de 2010) corresponderá a la ejecución de los planes nacionales y su evaluación continua. Para esto,

la OPS asignará prioridad a los países que hayan programado la creación de las RISS dentro de sus respectivos planes de trabajo para los bienios 2008-2009 y 2010-2011.

25. La iniciativa de las RISS se enmarca dentro del Objetivo Estratégico No. 10 del Plan Estratégico 2008-2012, y más específicamente apoya el logro del resultado previsto a nivel regional 10.3, que dice “Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para crear mecanismos y sistemas reguladores destinados a lograr una colaboración y sinergia entre los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos y privados”. El avance regional de la iniciativa se evaluará mediante el indicador 10.3.1 del Plan Estratégico, es decir: “número de países que han adoptado las recomendaciones de políticas de la OPS para integrar la red de prestación de servicios de salud, incluyendo proveedores públicos y no públicos”. La línea de base de este indicador para el año 2007 era de 3 países, y las metas para los años 2009 y 2013 corresponden a 12 y 22 países, respectivamente. Por otro lado, el avance a nivel de los países se evaluará sobre la base de los indicadores de progreso establecidos en cada plan nacional, acordes con cada realidad particular.

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

27. Por último, la OPS ha logrado consolidar el apoyo de otros socios para la iniciativa, entre los que se encuentran el Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC) y la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN). En todo caso, la OPS buscará ampliar el número de socios en 2009.

Intervención del Comité Ejecutivo

28. Se invita al Comité Ejecutivo a que examine este documento y a que apruebe el proyecto de resolución adjunto (véase anexo C).

Bibliografía

1. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
2. Mesa-Lago C (2008). Reassembling social security: a survey of pensions and health care reforms in Latin America. New York: Oxford University Press, Inc.
3. Banco Interamericano de Desarrollo (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353.
4. WHO (2007). Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO.
5. WHO (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
6. WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO.
7. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
8. Ham C, (2007). Clinically integrated systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust.
9. OPS (2007). Salud en las Américas 2007 (Vol. I). Washington, DC: OPS.
10. OPS (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Documento CD46/13 del 46.º Consejo Directivo, 57.ª Sesión del Comité Regional. Washington, DC, EUA, 26-30 de septiembre del 2005.
11. Ministros de Salud de las Américas (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007.
12. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud; Secretaría General Iberoamericana; XVII Cumbre Iberoamericana (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.
13. OPS y Escuela de Salud Pública de Chile (2004). Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud. Copia disponible a solicitud.
14. OPS y Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2004). Estudio regional sobre a assistência hospitalar e ambulatorial especializada na América Latina e Caribe. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud.

15. OPS (1999). Reunión centroamericana de redes de servicios de salud: informe final: San José, Costa Rica, 20-22 de agosto de 1997. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
16. GAVI (2006). GAVI Alliance Strategy (2007-10). GAVI Secretariat, 6 June 2006.
17. Global Fund. Fact sheet: The Global Fund's approach to health systems strengthening. Global Fund Fact Sheet Series, 5 of 6, 15 September 2008.
Available at:
http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/CP_Pol_R9_FactSheet_5_HSS_en.pdf
18. The World Bank (2008). Proceedings of the Consultation on "Integration of Health System Operations and Priority Health, Nutrition and Population Interventions: Concepts, Evidence and Application." May 12-13, 2008. Washington, DC: The World Bank.
19. World Bank. Latin America and the Caribbean Region. Press Release No. 2009/212/LCR.
20. GTZ. Modelo de atención integral y redes integradas de salud. Organismo Alemán de Cooperación Técnica. Octubre del 2008 [no publicado]. Copia disponible a solicitud.
21. WHO (2008). Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva: WHO.
22. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.
23. OPS (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS.
24. Dowling WL. Hospitals and health systems (1999). In: Introduction to health services. Williams SJ, Torrens PR, Editors. 5th ed. Delmar Publishers, An International Thomson Publishing Company. Copia disponible a solicitud.
25. Wan TTH, Lin BY & Ma A. (2002). Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. Journal of Medical Systems, Vol. 26, Issue 2 (April 2002), pp. 127-143.
26. Lee SD, Alexander JA & Bazzoli J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. Medical Care, 41(1): 165-179.
27. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, editors. Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare; 1997, pp. 23-36.

28. Soler JLP (2003). - Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaría de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud.
29. Hjordahl, P, Laerum, E (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992, May 16; 304(6837):1287-1290.
30. Parchman, ML, Pugh JA, Noel PH, Larme, AC (1992). Continuity of care, self-management behaviors, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002;40(2):137-44.
31. Atun RA, Bennett S, Duran A (2008). Policy brief: when do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO.
32. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.
33. Gillies, RR; Shortell, SM; Anderson DA; Mitchell JB; Morgan KL (1993). Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp. Health. Serv. Adm.* 1993;38(4):467-89.
34. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994; Vol. 13, Issue 5, pp.46-64.
35. WHO (2008). Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1.

Anexos

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

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

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

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



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE144/17 (Esp.)
Anexo B

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

1. Punto del orden del día: 4.12. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la Atención Primaria de Salud.

2. Unidad a cargo: HSS/SP

3. Funcionario a cargo: Hernán Montenegro, HSS/SP

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día

- Centro Colaborador: Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN).
- Otras instituciones asociadas: Ministerio de Salud de Brasil, el Organismo Alemán de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC).

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017

Párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas que señala la necesidad del *“fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia y el mejoramiento de los sistemas de información sanitaria a nivel nacional y local que facilitarán la provisión de servicios de una forma integral y oportuna”*.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico para el período 2008-2012:

La iniciativa de las RISS se enmarca dentro del Objetivo Estratégico No. 10 del Plan Estratégico para el período 2008-2012, el cual busca *“mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud”*. Más específicamente, la iniciativa de RISS apoyará el logro del Resultado previsto a nivel regional 10.3, que dice *“Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para crear mecanismos y sistemas reguladores destinados a lograr una colaboración y sinergia entre los sistemas de prestación de servicios sanitarios públicos y privados”*.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

En la Región hay varias experiencias de buenas prácticas en la creación de RISS, en especial en países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba, los que tradicionalmente han apoyado el establecimiento de las RISS. Más recientemente, otros países de América Latina y el Caribe están adoptando métodos similares en sus sistemas de salud (por ejemplo, Argentina, El Salvador, República Dominicana y Uruguay). En América del Norte también hay experiencias dignas de mención como la de Kaiser Permanente y la Administración de Veteranos, ambas organizaciones de los Estados Unidos de América, además del sistema de servicios de salud de la región de Montérégie, Québec, Canadá. En Europa se han observado buenas prácticas en las Comunidades Autónomas de Cataluña y Andalucía, España. Las lecciones aprendidas de estos casos, y de otros que se identifiquen en el futuro, serán usadas en apoyo de esta iniciativa.

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

En apoyo de esta iniciativa, la OPS cuenta con un presupuesto operacional total de US\$ 1,3 millones (contribución del nivel regional y las oficinas de país) para los bienios 2008-2009 y 2010-2011. Por otra parte, HSS/SP ha programado el equivalente del trabajo de un Asesor Regional con dedicación exclusiva de su tiempo a esta actividad, además del apoyo de los consultores de sistemas y servicios de salud de los países.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, del 22 al 26 de junio del 2009

CE144/17 (Esp.)
Anexo C
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

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

LA 144.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por la Directora sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (documento CE144/17), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud para abordarlo;

Preocupado 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, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que hacen hincapié en la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud;

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

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

EL 49.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por la Directora sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (documento CD49/__), en el que se resume el problema de la fragmentación de los servicios de salud y se propone el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud para abordarlo;

Preocupado 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, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos;

Consciente de la necesidad de fortalecer los Sistemas de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia fundamental para logro de las metas nacionales e internacionales de salud, entre otras las estipuladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

Reconociendo que las Redes Integradas de Servicios de Salud constituyen una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de la prestación de servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros;

Consciente de que las Redes Integradas de Servicios de Salud mejoran la accesibilidad del sistema, reducen la atención inadecuada, reducen la fragmentación de la atención de salud, evitan la duplicación de la infraestructura y los servicios, disminuyen los costos de producción y responden mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades;

Reconociendo los compromisos contraídos de conformidad con el artículo III de la Declaración de Montevideo acerca de la renovación de la Atención Primaria de Salud, con el párrafo 49 de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y con el párrafo 6 del Consenso de Iquique de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, que enfatizan la necesidad de crear modelos de atención a la salud más integrales, que incluyan redes de servicios de salud;

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a:
 - a) tomar conciencia del problema de la fragmentación de los servicios de salud en el sistema de salud, y si fuera el caso, en los subsistemas que lo componen;
 - b) propiciar un diálogo con todos los actores pertinentes, en particular con los proveedores de servicios de salud y las personas que realizan el trabajo de cuidados en los hogares y la comunidad en general, acerca del problema de la fragmentación de los servicios y las estrategias para abordarla;
 - c) elaborar un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país;
 - d) promover la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la creación de las Redes Integradas de Servicios de Salud; y
 - e) llevar a la práctica y evaluar periódicamente el plan nacional de acción para el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) apoye a los países de la Región en la elaboración de sus planes nacionales de acción para la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud;
 - b) promueva la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud a nivel de las fronteras comunes, lo que incluye, cuando corresponda, esquemas de cooperación y de compensación de los servicios entre distintos países (o “servicios compartidos”, en el caso del Caribe);
 - c) formule marcos conceptuales y analíticos, herramientas, métodos y guías que faciliten el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud;

- d) apoye la formación y la gestión de los recursos humanos de salud compatibles con el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud, incluso de las personas que no reciben remuneración y que prestan cuidados de salud en el hogar y la comunidad;
- e) movilice recursos en apoyo al establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud en la Región, lo que abarca la documentación de buenas prácticas y el intercambio de experiencias exitosas entre países;
- f) vigile y evalúe el progreso de las Redes Integradas de Servicios de Salud en los países de la Región; y
- g) promueva un diálogo con la comunidad de organismos de cooperación/donantes internacionales con el objeto de que cobren conciencia acerca del problema de la fragmentación de los servicios de salud y busque su apoyo para el establecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud en la Región.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE144/17 (Esp.)
Anexo D

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto**

<p>1. Punto del orden del día: 4.12. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud.</p>
<p>2. Relación con el presupuesto por programas:</p> <p>a) Área de trabajo: HSS, Objetivo Estratégico 10</p> <p>b) Resultado previsto: El CD aprobará la resolución sobre las RISS</p>
<p>3. Repercusiones financieras</p> <p>a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): El gasto total de la Oficina Sanitaria Panamericana (Oficina regional y oficinas de país) para el período 2008-2011 equivale a US\$ 1,3 millones. El gasto de los países se calculará una vez que los países hayan elaborado sus planes nacionales para el establecimiento de las RISS.</p> <p>b) Costo calculado para el bienio 2008-2009 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): El gasto de la Oficina para el bienio 2008-2009 equivale a US\$ 553 mil.</p> <p>c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: El total del gasto.</p>
<p>4. Repercusiones administrativas</p> <p>a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, (cuando corresponda): Se necesita el equivalente de un Asesor Regional de dedicación exclusiva para el tema. En la actualidad, al menos cuatro Asesores Regionales están trabajando en el tema con dedicaciones parciales de su tiempo.</p> <p>b) Otras necesidades de personal (indicar las otras necesidades en el equivalente de puestos de tiempo completo, especificando el perfil de ese personal): No necesita.</p> <p>c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): Las actividades podrán empezar en el 2009 y los resultados se evaluarán a partir del 2011.</p>