

LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Resumen

Eugênio Vilaça Mendes



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



110° ANIVERSARIO



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Organización Panamericana de Salud
Organización Mundial de la Salud
Consejo Nacional de Secretarios de Salud

LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Resumen

Eugênio Vilaça Mendes

Brasilia-DF

2013

© 2011 Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil

Todos los derechos reservados. Es permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que citada su fuente y que no sea para venta o cualquier fin comercial.

Elaboración, distribución e informaciones:

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – REPRESENTACIÓN BRASIL Gerencia de Sistemas de Salud / Unidad Técnica de Servicios de Salud

Sector de Embajadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasilia/DF – www.apsredes.org

Autor:

Eugênio Vilaça Mendes

Traducción:

Sem Fronteira Idiomas

Adaptación:

Maria Roxane Salvatierra

Diagramación:

Ct. Comunicação Ltda.

Impreso en Brasil / Printed in Brazil

· El proyecto gráfico, traducción y la edición de esta publicación fueron financiados por el Acuerdo de Cooperación n° n° 60 firmado entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud con la mediación del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass).

Ficha Catalografica

Mendes, Eugênio Vilaça.

Las redes de atención de salud: resumen / Eugênio Vilaça Mendes. –
Brasília : Organización Panamericana de la Salud, 2013.

78 p. : il.

1. Gestión en salud. 2. Atención de salud. 3. Sistemas de Atención de
Salud. I. Organización Panamericana de la Salud. II. Título.

CDD 362.1

Suzana Dias da Silva - CRB1/1964

ÍNDICE

Siglas	5
Preámbulo	7
I. Condiciones de salud y sistemas de atención de la salud	8
1. Condiciones de salud.	8
2. Factores determinantes	9
3. Estado de los sistemas de atención de la salud en relación con las condiciones de salud.	11
4. Sistemas de atención de la salud fragmentados y redes de atención de la salud.	12
II. Redes de atención de salud: fundamentos, conceptos y elementos constitutivos	15
1. Fundamentos de las redes de atención de salud.	15
2. Concepto de redes de atención de salud.	17
3. Elementos constitutivos de las redes de atención de salud	19
III. Modelos de atención de salud	41
1. Modelos de atención de las condiciones agudas y eventos de agudización de las crónicas.	41
2. Modelos de atención de las condiciones crónicas	43
3. Propuesta de un modelo de atención de las condiciones crónicas.	45
4. Nivel 1 del modelo de atención de las condiciones crónicas	48
5. Nivel 2 del modelo de atención de las condiciones crónicas	49
IV. Cambios en la atención de la salud y gestión de la clínica	50
1. Una nueva clínica: cambios en la atención de la salud.	50
2. Gestión de la clínica.	58
3. Aplicación del modelo de atención de las condiciones crónicas.	75
4. Evaluación de las redes de atención de salud.	75
Referencias	77

SIGLAS

ACIC	Evaluación de la Atención de las Enfermedades Crónicas (Assessment of Chronic Illness Care)
APS	Atención primaria de salud
APVP	Años potenciales de vida perdidos
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
CCM	Modelo de Atención Crónica (sigla del inglés)
KP	Kaiser Permanente
MBE	Medicina basada en evidencia
MACC	Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
RAS	Red de Atención de Salud
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)

PREÁMBULO

En 2011, la Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Brasil publicó la obra *As redes de atenção à saúde*, del doctor Eugenio Villaça Mendes, pensador e intelectual de la salud pública brasileña y gran contribuidor a la tarea de construcción del Sistema Único de Salud de su país. Esta obra, en palabras de Marcus Pestana,^a «propone una reflexión extensa y profunda sobre la necesidad de superar la fragmentación del sistema [de salud], de organizarnos correctamente frente al predominio de las afecciones crónicas, de dar prioridad definitiva a la cualificación de la atención primaria de salud como la base y el centro organizador de las redes de atención integral de la salud». Más adelante, a principios de 2013, la OPS publicó la obra en español, con el fin de poner su riqueza de ideas y conocimientos al alcance de los profesionales de la salud y politólogos sanitarios de los países de habla castellana de las Américas.

El presente documento es un resumen de esa obra. El libro original cuenta con cinco capítulos, de los cuales el primero trata las condiciones de salud y los sistemas de atención de la salud. El segundo es sobre las redes de atención de la salud (RAS), que incluye una amplísima revisión de la bibliografía, además de analizar los fundamentos, conceptos y elementos constitutivos de las RAS. El tercero se refiere a los modelos de atención de la salud, especialmente los de las condiciones crónicas. El cuarto capítulo analiza los cambios en la atención de salud y gestión de la clínica, de modo que ellas respondan adecuadamente a las necesidades de atención de las afecciones crónicas. Por último, en el quinto capítulo del libro se describe un ejemplo exitoso de RAS, el Programa Madre Curitibana de la ciudad de Curitiba, Brasil, que no es parte de este resumen.

El libro resumido aquí cuenta con una bibliografía muy extensa, que por razones prácticas de espacio no se ha podido incluir; sin embargo, se insta a los lectores a referirse a ella. Por el mismo motivo, en el resumen se ha tratado de mantener el contenido más universal, habiendo tenido que sacrificar análisis y ejemplos específicos del Brasil.

Esperamos que este resumen estimule, en principio, el interés de los lectores en el contenido total de la publicación original, para luego a aplicar sus enseñanzas en la práctica de la gestión de los servicios de atención de la salud.

^a Ex-Secretario de Salud del Estado de Minas Gerais, Economista y Diputado Federal de Brasil y presentador de la primera edición de la obra

I. CONDICIONES DE SALUD Y SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

1. Condiciones de salud

Para hacer un análisis de los sistemas de atención de la salud como respuesta a las necesidades de salud de la población, es necesario examinar inicialmente las distintas situaciones de salud con base en un nuevo paradigma, que tipifica las afecciones como condiciones de salud agudas y crónicas. Una condición de salud puede definirse como la circunstancia de la salud de una persona, que se presenta de forma más o menos persistente y exige respuestas sociales de los sistemas de atención de la salud en reacción a ella o para prevenirla; esa respuesta puede ser circunstancial o continuada y fragmentada o integrada.

Esta nueva tipología es más apropiada para la organización de los sistemas de atención de la salud, ya que la situación sanitaria en muchos lugares se caracteriza por un predominio de las condiciones crónicas. Actualmente existe una brecha entre la situación de salud, en la que hay un predominio relativo de las enfermedades crónicas, y los sistemas de atención de la salud, que han sido diseñados principalmente para responder de forma fragmentada, episódica y reactiva a las afecciones agudas y a la agudización de las crónicas. Ese tipo de atención debe sustituirse por las redes de atención de la salud o RAS, es decir, por sistemas integrados, cuyo objeto es proporcionar atención de salud en el lugar apropiado, en el momento oportuno, con la calidad necesaria, al costo adecuado y en los que la responsabilidad sanitaria y económica sea asumida por una población adscrita. La tipología está orientada por variables clave que son parte del concepto de condición de salud, ya sea esta aguda o crónica (Cuadro 1).

Las condiciones agudas, en general, son manifestaciones de enfermedades transmisibles o infecciosas de curso corto o de causas externas, como los traumatismos. Las enfermedades infecciosas de curso largo son consideradas condiciones crónicas. La evolución de ambos tipos de condiciones es muy diferente. En general, las agudas se inician súbitamente, presentan una causa sencilla y de diagnóstico fácil, son de corta duración y responden bien a tratamientos específicos, por ejemplo, con medicamentos o cirugía. Las condiciones crónicas, por su parte, se inician y evolucionan lentamente; a menudo presentan causas múltiples que varían con el tiempo, entre otras, factores hereditarios, estilos de vida, exposición a factores ambientales y factores fisiológicos. Normalmente no siguen patrones regulares o previsibles y, al contrario de las condiciones agudas, en las que, por lo general, puede esperarse una recuperación adecuada, las crónicas desarrollan más síntomas y llevan a la pérdida de la capacidad funcional. Por otro lado, muchas condiciones agudas pueden convertirse en crónicas. Es el caso de ciertos traumatismos que dejan secuelas de larga duración que exigirán atención más o menos permanente del sistema de salud. A su vez, las condiciones crónicas pueden

presentar períodos de agudización en los que deben ser atendidas con la misma lógica episódica y reactiva que las condiciones agudas.

Cuadro 1: Diferencias entre las condiciones agudas y crónicas, según variable

VARIABLE	AFECCIÓN AGUDA	AFECCIÓN CRÓNICA
Inicio	Rápido	Gradual
Causa	Normalmente única	Normalmente múltiples
Duración	Corta	Indefinida
Diagnóstico y pronóstico	Comúnmente precisos	Comúnmente inciertos
Exámenes diagnósticos	Frecuentemente decisivos	Frecuentemente de valor limitado
Resultado	Generalmente se cura	Generalmente, atención sin curación
Función de los profesionales	Seleccionar y prescribir el tratamiento	Educar y hacer alianzas con el usuario
Naturaleza de las intervenciones	Centrada en el cuidado profesional	Centrada en la atención por múltiples profesionales y en el autocuidado
Conocimiento y acción clínica	Concentrados en el profesional médico	Compartidos por profesionales y usuarios
Función del usuario	Seguir las prescripciones	Compartir la responsabilidad de su salud con el equipo de salud
Sistema de atención de la salud	Respuesta reactiva y episódica	Respuesta proactiva y continuada

Fuentes: Von Korff, et al. Is primary Care physician supply correlated with health outcomes? *IJHS*, 28:183-196, 1998); Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ*, 320: 526-527, 2000; Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo, 2003: forjemos el futuro. Ginebra. OMS 2003; Lorig et al. Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder, Bull Publishing Company, Third ed. 2006.

2. Factores determinantes

Desde el punto de vista epidemiológico, las afecciones crónicas están adquiriendo una importancia relativa creciente; sus principales factores determinantes son los cambios demográficos, la modificación de los patrones de consumo y estilos de vida, la urbanización acelerada y las estrategias de mercadotecnia. En todo el mundo se observa descenso de las tasas de fecundidad, envejecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida, además de un incremento de las afecciones crónicas que resulta del aumento de la exposición a riesgos que generan problemas crónicos. Así, cuando se imponen cambios en los patrones de consumo que afectan negativamente el comportamiento y los estilos de vida, aumenta la prevalencia de las afecciones crónicas. Basta solo citar entre ellos el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas,

las relaciones sexuales de riesgo, el sedentarismo, el exceso de peso, la alimentación inadecuada y el estrés social.

Por otra parte, la rápida urbanización de los países en desarrollo ha generado una aceleración de la transición demográfica y un aumento de la presión en los servicios de salud, especialmente de parte de la población pobre que vive en la periferia de los grandes centros urbanos. Junto con la urbanización, se implantaron estrategias de mercadotecnia eficaces para productos insalubres, especialmente en la industria tabacalera, del alcohol y de alimentos.

Como resultado de la acción concomitante de esos factores, la prevalencia de las afecciones crónicas ha aumentado aceleradamente. A tal punto que ellas y los trastornos mentales causan 59% del total de defunciones en el mundo. Se estima que esa proporción llegará a 60% en 2020 y que las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares y el cáncer serán las de mayor incidencia. Entre 2005 y 2015, se estimó que morirían en el mundo 388 millones de personas por enfermedades crónicas.¹

El costo económico de esa situación es extremadamente alto, puesto que las personas afectadas reducen su actividad laboral y pierden su empleo; los costos de la atención aumentan constantemente; los resultados de la atención no son buenos, y la sociedad en general sufre una enorme pérdida de productividad y de calidad de vida. La relación entre enfermedades crónicas y pobreza está bien establecida y constituye un círculo vicioso en el cual la pobreza favorece la aparición de enfermedades crónicas y estas agravan la pobreza.

Sumado a lo anterior, se sabe que la población del mundo está viviendo un proceso de envejecimiento y una transición de las condiciones sanitarias. La transición epidemiológica se manifiesta universalmente a través de la disminución relativa de las afecciones agudas y el aumento de las crónicas. En los países en desarrollo, la situación epidemiológica está definida por algunos atributos fundamentales: la persistencia concomitante de enfermedades infecciosas y carenciales y condiciones crónicas; el resurgimiento de enfermedades que se creían superadas; la transición prolongada o la falta de resolución de la transición en un sentido definitivo; la polarización epidemiológica representada por la agudización de las desigualdades sociales en salud, y la aparición de nuevas enfermedades.^{2,3} Esta situación epidemiológica compleja ha sido definida como triple carga de enfermedad, en la que se presentan simultáneamente infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva; el desafío de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo y un fuerte aumento de la violencia y de las causas externas.⁴ Tal situación requiere cambios profundos de los sistemas de atención de la salud.

3. Estado de los sistemas de atención de la salud en relación con las condiciones de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los sistemas de atención de la salud como el conjunto de actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud de una población.⁵ Estos sistemas constituyen respuestas sociales que deben articularse a partir de las necesidades de salud de la población. Por lo tanto, debe haber coherencia entre las condiciones de salud y el sistema de atención de la salud. Cuando esa coherencia se rompe, como ocurre actualmente a escala mundial, los sistemas de atención de la salud entran en crisis.

La razón cultural de la crisis contemporánea de los sistemas de atención de la salud radica en las concepciones vigentes sobre las condiciones crónicas y las formas de afrontarlas. La OMS sintetiza 10 errores que llevan a concebir a las enfermedades crónicas como una amenaza distante o menos importante que las agudas:¹

1. *Las enfermedades crónicas afectan principalmente a los países de altos ingresos.* Esto no es cierto, porque en realidad, cuatro de cada cinco muertes por enfermedades crónicas se dan en países de ingresos bajos o medios.
2. *Los países de ingresos bajos y medios deberían controlar las enfermedades infecciosas antes que las enfermedades crónicas.* Esto no debería ser así, porque en esos países existe una carga de enfermedades doble o triple, y se encuentran en el medio de retos sanitarios antiguos viejos y nuevos.
3. *Las enfermedades crónicas afectan principalmente a la gente rica.* Lo cierto es que, en general, la gente pobre tiene una probabilidad mucho más alta de desarrollar enfermedades crónicas y de morir a causa de ellas.
4. *Las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas mayores.* Tampoco es cierto, porque casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente, en personas de menos de 70 años de edad, y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años de edad.
5. *Las enfermedades crónicas afectan principalmente a los hombres.* La verdad es que las enfermedades crónicas, incluidas las cardiopatías, afectan a mujeres y hombres casi por igual.
6. *Las enfermedades crónicas son el resultado de modos de vida poco sanos.* Esto es falso y lleva a una victimización de las personas con enfermedades crónicas, dado que la responsabilidad individual solo puede ejercerse plenamente cuando todos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables.
7. *Las enfermedades crónicas no se pueden prevenir.* Lo cierto es que las causas principales de las enfermedades crónicas se conocen y si se eliminaran sus factores de

riesgo se podrían prevenir al menos 80% de todos los casos de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2. Lo mismo ocurriría con más de 40% de los casos de cáncer.

8. *La prevención y el control de las enfermedades crónicas son demasiado caros.* La realidad es que hay una serie de intervenciones contra las enfermedades crónicas que son económicamente viables y propician un retorno óptimo de la inversión, aun en las regiones más pobres.
9. *Mi abuelo fumaba y era obeso... sin embargo, vivió hasta los 96 años de edad.* En cualquier población siempre hay un cierto número de personas que se desvían de las características típicas de la gran mayoría, lo cual no significa que el tabaquismo o exceso de peso dejen de ser factores de riesgo importantes en relación con las enfermedades crónicas.
10. *De algo nos tenemos que morir.* Ciertamente, pero la muerte no tiene por qué ser lenta, prematura ni de sufrimiento prolongado.

Por último, la razón técnica de la crisis de los sistemas de atención sanitaria radica en que las afecciones crónicas se afrontan con la misma lógica que las agudas, es decir, con tecnologías destinadas a responder a los momentos de agudización de las condiciones crónicas, mediante la atención de la demanda espontánea, principalmente en unidades de urgencia ambulatoria u hospitalaria. Se hace caso omiso de la necesidad ineludible de dar atención continuada en los momentos silenciosos de las afecciones crónicas, cuando ellas evolucionan de manera insidiosa y oculta.

Por las razones anteriores, es imprescindible implantar un nuevo modelo de atención de la salud que, además de responder a las condiciones agudas y a los momentos de agudización de las crónicas en las unidades de urgencia ambulatoria y hospitalaria, haga un seguimiento continuo y proactivo de los individuos con enfermedades crónicas, con la coordinación del equipo de atención primaria de salud y el apoyo de los servicios de atención secundaria y terciaria de la red de atención. Estos deberán trabajar de forma equilibrada sobre los determinantes sociales de salud distales, intermedios y proximales, sobre los factores de riesgos biopsicológicos y sobre los trastornos de la salud y sus secuelas.

4. Sistemas de atención de la salud fragmentados y redes de atención de la salud

Además de organizarse para atender las afecciones agudas y crónicas, los sistemas de atención de la salud pueden existir en un continuo, que va desde la fragmentación hasta la integración. En la práctica social, esas dos maneras de analizar los sistemas de atención de la salud no aparecen de forma independiente; al contrario, los sistemas fragmentados tienden a centrarse principalmente en la atención de las condiciones y

eventos agudos, mientras que los sistemas integrados tienden a actuar, equilibradamente, sobre las condiciones agudas y crónicas.

Los sistemas fragmentados de atención de la salud son predominantes, se organizan en un conjunto de puntos de atención de la salud, incomunicados entre sí y, por lo tanto, no pueden proporcionar atención continua a la población. Por lo general, no tienen una población adscrita bajo su responsabilidad. En ellos, los servicios de atención primaria de salud no se comunican fluidamente con los de atención secundaria, ni ambos con los terciarios o los sistemas de apoyo y logísticos. Por el contrario, los sistemas integrados de atención de la salud, es decir, las RAS, se organizan en un conjunto coordinado de puntos de atención para proporcionar asistencia continuada e integral a una población definida.

Además de las diferencias en la forma de organización de los sistemas de atención de la salud, hay otras que son también significativas, que se resumen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Características que distinguen los sistemas fragmentados de las redes de atención de la salud

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD
Forma de organización	Jerárquica	Poliárquica
Coordinación de la atención	Inexistente	Realizada por la atención primaria de salud
Comunicación entre los componentes	Inexistente	Realizada por sistemas logísticos eficaces
Foco	Condiciones agudas en unidades de emergencia	Afecciones agudas y crónicas a través de la red de atención de la salud (RAS)
Objetivos	Parciales de diferentes servicios, sin medición de los resultados	Mejoramiento de la salud de una población, con resultados clínicos y económicos medidos
Población	Dirigido a individuos	Dirigido a una población adscrita, estratificada por subgrupos de riesgo a cargo de la RAS
Sujeto	Paciente que recibe prescripciones de los profesionales de salud	Usuario comparte la responsabilidad de su propia salud
Funcionamiento del sistema	Por reacción, episódico, activado por la demanda de los usuarios	Proactivo y continuo, basado en un plan de atención para cada usuario, elaborado conjuntamente entre ese y los profesionales de salud y con búsqueda activa de casos

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	RED DE ATENCIÓN DE LA SALUD
Énfasis de las intervenciones	Curación y rehabilitación de condiciones establecidas	Promoción, prevención, curación, cuidados, rehabilitación o paliación; acción sobre determinantes sociales de salud intermediarios y proximales y sobre condiciones de salud establecidas
Modelo de atención de salud	Fragmentado en centros de atención de salud, sin estratificación de riesgos y centrado en afecciones establecidas	Integrado, con estratificación de los riesgos y centrado en determinantes sociales de salud intermedios y proximales y en afecciones establecidas
Modelo de gestión	Gestión a partir de estructuras aisladas (gerencia hospitalaria, de APS, de servicios ambulatorios especializados, etc.)	Gobernanza sistémica que integra APS, centros de atención de salud, sistemas de apoyo y sistemas logísticos de la red
Planificación	Planificación de la oferta basada en series históricas y definida por los intereses de los prestadores	Planificación con base en las necesidades, definida por la situación de salud de la población adscrita y de sus valores y preferencias
Énfasis de la atención	Atención profesional centrada en profesionales de la salud, especialmente médicos	Atención colaborativa por equipos multidisciplinarios, usuarios y familias, con énfasis en el autocuidado apoyado
Conocimiento y acción clínica	Concentrados en profesionales de la salud, especialmente médicos	Compartidos por equipos multidisciplinarios y usuarios
Tecnología de información	Fragmentada, poco accesible, con baja capilaridad en los componentes de las redes de atención de salud	Integrada a partir del carné de identidad de los usuarios e historias clínicas computarizadas, y articulada en todos los componentes de la red de atención de salud
Organización territorial	Territorios político-administrativos definidos por una lógica política	Territorios sanitarios definidos por el flujo de la población que busca atención
Sistema de financiamiento	Financiamiento por procedimientos en puntos de atención de salud aislados	Financiamiento por valor global o por capitación de toda la red
Participación social	Participación social pasiva y la comunidad vista como cuidadora	Participación social activa por medio de consejos de salud con presencia en la gobernanza de la red

Fuentes: Mendes, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo 1, 2001; Fenández, J.M.D. Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias. Barcelona, B & F Gestión y Salud, 2004.

Las nuevas propuestas para atender las afecciones crónicas están constituidas por un sistema coordinado y continuo, basado en la cooperación entre gerentes, prestadores y usuarios. Esta forma de afrontar las afecciones crónicas está contemplada enteramente en la propuesta de las RAS y es el tema de las próximas secciones. Si bien debe reconocerse que los cambios a los sistemas de atención de la salud no son fáciles, también es cierto que la situación es grave y exige modificaciones profundas y urgentes.⁶ El precio de no cambiar será muy alto, tanto desde el punto de vista económico como del sanitario.

II. REDES DE ATENCIÓN DE SALUD: FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

El capítulo 2 del libro que se resume en el presente documento contiene una revisión bibliográfica extensa sobre las redes de atención de la salud que proporciona la evidencia que respalda los resultados económicos y sanitarios obtenidos con las RAS y analiza su viabilidad en países en desarrollo. Lamentablemente, con el fin de mantener este resumen accesible, se decidió no incluirla aquí. No obstante, la bibliografía completa se podrá consultar en <http://www.paho.org/>

En esta sección se analizan los fundamentos de la construcción social de las RAS, el concepto de redes de atención de la salud y se describen sus elementos constitutivos, es decir, la población, la estructura operativa y los modelos de atención.

1. Fundamentos de las redes de atención de salud

Las RAS, como otras formas de producción económica, pueden organizarse en modelos productivos híbridos, que combinan la concentración de ciertos servicios con la dispersión de otros. Generalmente, los servicios de menor densidad tecnológica, como los de la atención primaria de salud (APS), deben ser dispersos. Por el contrario, los servicios de mayor densidad tecnológica, como los hospitales, laboratorios de patología clínica, equipos de imaginología y otros, tienden a estar concentrados.⁷

Para que la organización de las RAS sea eficaz, eficiente y de calidad, tiene que tener como fundamentos una economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios, y niveles de atención.

Economía de escala, calidad y acceso. La economía de escala, la calidad y el acceso a los diferentes puntos de atención de salud determinan dialécticamente la lógica fundamental de la organización racional de las RAS. Los servicios que deben ofrecerse de

forma dispersa son los que se benefician menos de las economías de escala, los que cuentan con recursos suficientes y los que tienen la distancia como un elemento fundamental de su accesibilidad. Por otra parte, los servicios que deben ser concentrados son los que se benefician de las economías de escala, cuyos recursos son más escasos y en los que la distancia afecta menos su acceso.⁸ La búsqueda de economía de escala es una condición imprescindible en un sistema de atención de salud eficiente.

Otro factor importante para el establecimiento de las RAS es la disponibilidad de recursos, ya sean humanos o físicos o ambos. Cuando estos son muy escasos, deben concentrarse. Por el contrario, cuando los recursos son menos escasos deben desconcentrarse. Por ejemplo, es común encontrar que los médicos subespecialistas están concentrados y que los médicos de familia, que generalmente son o deberían ser más numerosos, están desconcentrados.

Por lo tanto, las RAS deben configurarse en diseños institucionales que combinen elementos de concentración y dispersión de los diferentes puntos de atención de salud y de los sistemas de apoyo. Sin embargo, esos factores deben estar en equilibrio con el criterio de acceso a los servicios, que es un elemento central. En resumen, el diseño de las redes de atención de salud se logra combinando la economía de escala y calidad de la atención con el acceso a los servicios de salud.

Integración horizontal y vertical. En el establecimiento de las RAS habrá que observar conceptos de integración horizontal y vertical. La integración horizontal se da entre unidades productivas iguales, con el objetivo de hacer más densa la cadena productiva para de esa forma obtener economías de escala y, consecuentemente, mayor eficiencia y competitividad. La integración vertical, por su parte, se da entre unidades productivas diferentes para configurar una cadena productiva con mayor valor agregado.

La integración horizontal, que tiene como objetivo promover una mayor densidad tecnológica de la cadena productiva de la salud, se realiza de dos maneras principales: por fusión o por alianza estratégica. La fusión surge de la unión de dos unidades productivas, por ejemplo, dos hospitales; esto aumenta su escala, por la suma de las camas de cada uno, y disminuye los costos. La alianza estratégica se refiere a la situación en la cual se mantienen las dos unidades productivas, pero los servicios se coordinan de manera que cada unidad se especialice en una cartera de servicios para eliminar la competencia entre ellas.

En las redes de atención de salud, la integración vertical es completa y se establece mediante una gestión única, basada en la comunicación fluida entre las diferentes unidades productivas de la red. Para lograr tal integración, todos los puntos de atención de

salud, desde la primaria hasta la terciaria, además de los sistemas de apoyo y logísticos de la red, deberán estar bajo una misma gestión y comunicados mediante sistemas logísticos potentes. En la integración vertical de la salud se genera un valor en salud, que se aproxima al concepto económico de valor agregado de las cadenas productivas.

La sustitución se define como el reagrupamiento continuo de recursos entre y dentro de los servicios de salud para explorar soluciones mejores y de menor costo, en función de las demandas y las necesidades de la población y de los recursos disponibles.

La sustitución puede ocurrir en las RAS con relación a localización, competencias clínicas, tecnología y clínica.⁹ Con respecto a la localización, cambia el lugar en que se presta la atención, por ejemplo, del hospital al domicilio. En la sustitución tecnológica, se modifica la tecnología que se ofrece, por ejemplo, la utilización de medicamentos eficaces en casos de úlceras gástrica en vez de cirugía. En cuanto a las competencias clínicas, cambia la combinación de habilidades; por ejemplo, se delegan funciones de los médicos al personal de enfermería; y en la sustitución clínica, se lleva a cabo una transición del cuidado profesional al autocuidado apoyado. Esas formas de sustitución pueden darse aislada o conjuntamente.

Territorios sanitarios. Más adelante, como parte del tema de gobernanza de las RAS, se hace un análisis de los territorios sanitarios.

Niveles de atención de salud. Los niveles de atención de salud son fundamentales para utilizar racionalmente los recursos y para establecer el foco de la gestión de las entidades de gobernanza de las RAS. Estos se estructuran en modelos productivos, según la densidad tecnológica, desde el de menor densidad, la APS, al de densidad tecnológica intermedia o atención secundaria, hasta el de mayor densidad tecnológica, constituido por la atención terciaria de salud. En la práctica social, al construir las RAS se combinan territorios sanitarios con niveles de atención de salud.

2. Concepto de redes de atención de salud

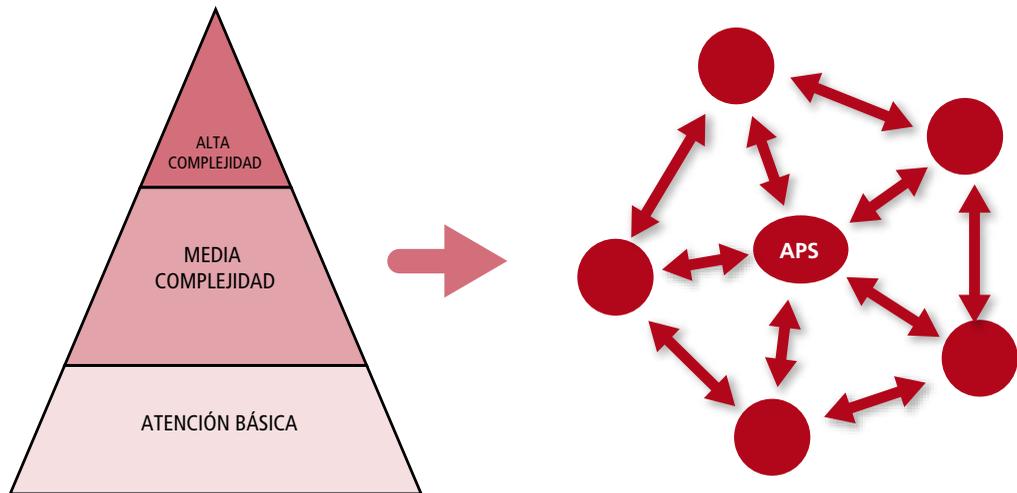
Las redes son nuevas formas de organización social, que utilizan tecnología de información de manera intensiva y dependen de la cooperación entre unidades dotadas de autonomía. Tienen elementos comunes: relaciones relativamente estables, autonomía, ausencia de jerarquía, objetivos comunes, cooperación, confianza, interdependencia e intercambio constante y duradero de recursos. No obstante, no son simplemente un arreglo poliárquico entre diferentes interesados dotados de cierta autonomía, sino un sistema que, en su institucionalidad, busca deliberadamente profundizar y establecer patrones estables de interrelación.

Con base en las teorías de redes en diversos campos, las RAS pueden definirse como organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, objetivos comunes y acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofrecer una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la APS y proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad, con responsabilidad sanitaria y económica, que genera valor para la población. Por lo tanto, las RAS tienen misión y objetivos comunes; funcionan cooperativa e interdependientemente; intercambian recursos constantemente; los puntos de atención de salud no se organizan de forma jerárquica, sino poliárquica; proporcionan un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario, y atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas y son coordinadas por la APS.

No es verdad que la APS sea menos compleja que la atención llamada de complejidad media y alta. Es en la APS donde se debe atender más de 85% de los problemas de salud. Asimismo, es allí donde se sitúa la atención clínica más amplia y donde se ofrecen, preferentemente, tecnologías de alta complejidad, como las relacionadas con los cambios de comportamientos y estilos de vida que afectan la salud, por ejemplo, cese del hábito de fumar. La atención secundaria o terciaria tiene una mayor densidad tecnológica, pero no es más compleja. Esa visión distorsionada de complejidad lleva, consciente o inconscientemente, a políticos, gestores, profesionales sanitarios y a la población, a sobrevalorar las prácticas aplicadas en los niveles secundario y terciario de atención de salud y, consecuentemente, a trivializar la APS. Por lo tanto, la concepción jerárquica y piramidal de los sistemas de atención sanitaria debe ser sustituida por la de redes poliárquicas, en la que, respetando las diferencias en las densidades tecnológicas, se rompan las relaciones verticales y se conformen redes policéntricas horizontales, como se ilustra en figura 1.

Se observa también en la figura 1 que las RAS sitúan su centro de comunicación en la APS y asumen las responsabilidades económicas y sanitarias con su población adscrita. Solamente el funcionamiento de una RAS va a generar valor para la población, expresado como la relación entre la calidad de los resultados económicos, clínicos y humanos y los recursos utilizados en el cuidado de la salud.

Figura 1. Transformación de sistemas piramidales y jerárquicos en redes de atención de salud



3. Elementos constitutivos de las redes de atención de salud

Las RAS están constituidas por tres elementos fundamentales: la población, la estructura operativa y el modelo de atención de salud.

El primer elemento y la razón de ser de las RAS es la población bajo su responsabilidad sanitaria y económica. Así se distingue la atención de salud basada en la población, que es una característica esencial de las RAS. En los sistemas privados o públicos, organizados por la competencia gestionada, las RAS pueden prescindir de territorios sanitarios, pero no hay ninguna posibilidad de que esas redes puedan instaurarse sin una población adscrita. Por lo tanto, las RAS de los sistemas públicos exigen la construcción social de territorios/población.

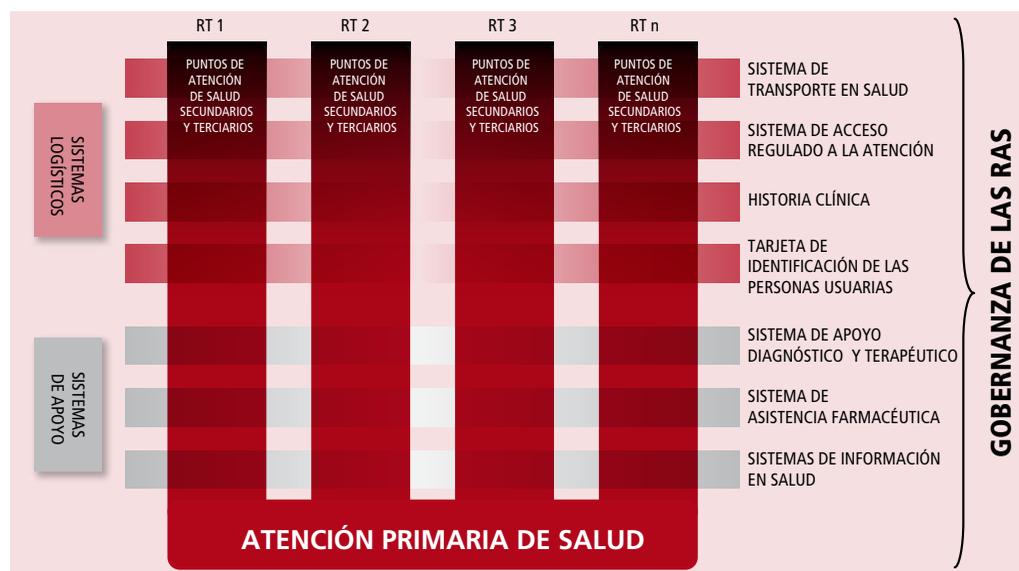
La población de responsabilidad de las RAS vive en territorios sanitarios específicos, se organiza socialmente en familias y se registra en subgrupos según sus riesgos socio-sanitarios. La población total de responsabilidad de una RAS debe ser totalmente conocida y estar registrada en sistemas de información potentes. Pero no basta con conocer la población total; ella debe segmentarse por factores de riesgo y estratificarse por riesgos en relación a condiciones de salud establecidas.

Para conocer la población de una RAS se requiere un proceso complejo, que incluye territorialización, registro de las familias y su clasificación por riesgos sociosanitarios; vinculación de las familias a la unidad de APS; identificación de subgrupos de población con factores de riesgo, condiciones de salud estratificadas por grado de riesgo y problemas de salud muy complejos.

En las RAS, cabe a la APS la responsabilidad de articularse íntimamente con la población, ya que es imposible hablar de una función coordinadora si no existe, en ese espacio del sistema, el conocimiento total y relación íntima del equipo de salud con la población adscrita.

La estructura operativa de las RAS tiene cinco componentes: el centro de comunicación o APS; los puntos de atención de salud secundarios y terciarios; los sistemas de apoyo (p. ej. diagnóstico y terapéutico); los sistemas logísticos (p. ej. historias clínicas), y el sistema de gobernanza. Los tres primeros corresponden a los nodos de las redes y el cuarto, a las conexiones que comunican los diferentes nodos (Figura 2).

Figura 2. Estructura operativa de las redes de atención de salud



La figura 2 (anterior) muestra que las redes podrían ser temáticas de atención de salud, como las que atienden a mujeres y niños, de enfermedades cardiovasculares, de enfermedades respiratorias y otras. Esa visión no corresponde al concepto de programa vertical, ya que las RAS, aun cuando se estructuren temáticamente, son incompatibles

con los programas verticales. Volviendo a la figura 2, solamente los puntos de atención secundarios y terciarios son verdaderamente temáticos. En comparación, la APS y los sistemas de apoyo, logísticos y de gobernanza son comunes a todas las redes y se organizan de forma transversal.

Recientemente se ha afianzado la posición de dejar de lado la falsa dicotomía entre programas verticales y horizontales de salud y, extendiendo la metáfora geométrica, favorecer los programas diagonales que combinan los objetivos singulares de determinadas condiciones de salud con una estructura operativa que organice transversalmente los sistemas de apoyo, logísticos, de gobernanza y, especialmente, la APS.^{10, 11, 12}

Centro de comunicación de las redes de atención de salud: atención primaria de salud

El centro de comunicación de las redes de atención de salud es donde se coordinan los flujos y contraflujos del sistema de atención de salud y está constituido por la APS. Las dificultades para entender el protagonismo de la APS tienen que ver con las dimensiones política, cultural y técnica. No obstante, hay que reconocer que la hegemonía de los sistemas fragmentados de atención de salud, dirigidos principalmente a atender condiciones agudas y eventos agudos de condiciones crónicas, está en la base de la subvaloración de la APS, reforzada por un sistema de pago por procedimientos que depende de la densidad tecnológica de los diferentes servicios.

Una dificultad que se presenta al definir la APS surge de la ambigüedad de la palabra primaria, que puede referirse, por ejemplo, a básico, primer contacto, punto principal de la atención de salud y otros. No obstante, no hay dudas de que la expresión se acuñó para referirse al atributo esencial de la APS, es decir, el de constituir el primer contacto con los servicios de salud. El concepto de atención primaria de salud fue consagrado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata,¹³ con base en los principios de acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial; asimismo, se centraría en cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, que reflejaran y reforzaran las funciones de la salud pública; se crearían las condiciones necesarias para garantizar la oferta de servicios a los pobres y excluidos; se organizaría una atención integrada y sin fisuras que vinculará la prevención, la atención de las condiciones agudas y crónicas en todos los servicios, y se evaluaría continuamente la situación con el fin de mejorar el desempeño del sistema. El modelo de atención integrada modifica la atención de los pacientes con condiciones crónicas mediante cuidados innovadores para esas condiciones y fortalece el sistema de atención de salud basado en la APS.

Actualmente, la bibliografía sustenta el hecho de que los sistemas de atención de salud basados en una orientación fuerte hacia la APS son más adecuados, porque se

organizan a partir de las necesidades de salud de la población. También son más eficaces, porque son la única forma de afrontar una situación epidemiológica en la que predominan las condiciones crónicas y porque tienen impacto significativo en la salud de la población. Son más eficientes, porque generan menos costos y reducen el número de procedimientos más caros; más equitativos, porque discriminan positivamente a los grupos y regiones más pobres y disminuyen el gasto individual y familiar directo, y de mayor calidad, porque hacen hincapié en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y porque ofrecen tecnologías más seguras para los usuarios y los profesionales de salud. En resumen, la atención sanitaria debe tomar la dirección expresada en el cuadro 3.

Cuadro 3. Sentido de los cambios en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud

Implementación anterior de la reforma de la APS	Implementación actual del cambio de la APS
Provisión de un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales dirigidos a poblaciones rurales pobres	Transformación y regulación del sistema de atención de salud, con miras al acceso universal y la protección social en salud
Concentración en madres y niños	Atención de salud para toda la comunidad
Concentración en enfermedades seleccionadas, especialmente condiciones agudas de naturaleza infecciosa	Respuesta a las necesidades y expectativas de las personas en relación a un conjunto amplio de riesgos y enfermedades
Mejoramiento del saneamiento y de la educación en salud en el ámbito local	Promoción de comportamientos y estilos de vida saludables y mitigación de los daños sociales y ambientales a la salud
Uso de tecnología simplificada por agentes comunitarios de salud no profesionales	Equipos de salud que facilitan el acceso y el uso apropiado de tecnologías y medicamentos
Participación para movilizar recursos locales y gestión de los centros de salud a través de comités locales	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo político y en los mecanismos de rendición de cuentas
Financiamiento gubernamental y prestación de servicios con gestión centralizada	Sistemas pluralistas de atención de salud que funcionan en un contexto globalizado
Gestión de la escasez	Crecimiento de los recursos de salud rumbo a la cobertura universal
Ayuda y cooperación técnica bilateral	Solidaridad global y aprendizaje conjunto
APS como antítesis del hospital	La APS es coordinadora de una respuesta amplia en todos los niveles de atención
La APS es barata y requiere inversiones modestas	La APS no es barata y requiere inversión considerable, pero la relación entre valor y dinero invertido es mejor que en todas las alternativas

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud: más necesaria que nunca. Ginebra, 2008.

Solo habrá APS de calidad cuando los siete atributos que siguen se cumplan en su totalidad: primer contacto, longitudinalidad, integridad, coordinación, focalización en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural. El primer contacto conlleva la accesibilidad y el uso de los servicios para cada nuevo problema de salud o nuevo episodio de un problema para el que se busca atención de salud. La longitudinalidad se refiere al aporte corriente de atención de parte del equipo de salud y su uso constante a lo largo del tiempo, donde haya una relación de confianza mutua y humanizada entre equipo de salud, individuos y familias. La integridad significa que, a través del equipo de salud, se presta un conjunto de servicios que atienden las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, prevención, cura, atención y rehabilitación, y que la APS se hace responsable de la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y de reconocer adecuadamente los problemas biológicos, psicológicos y sociales causantes de enfermedades. La coordinación conlleva la capacidad de garantizar la continuidad de la atención a través del equipo de salud y el reconocimiento de problemas que requieren seguimiento constante; la coordinación se articula con la función de centro de comunicación de las RAS. La focalización en la familia implica que ella es el objeto de la atención, lo que exige que el equipo de salud interactúe con esa unidad social y conozca todos sus problemas de salud. La orientación comunitaria se refiere al reconocimiento de las necesidades de la familia en función del contexto físico, económico, social y cultural en el que viven, por lo tanto, requiere un análisis de la situación de las necesidades de la familia con respecto a salud desde el punto de vista poblacional, y la integración de la APS en programas intersectoriales que afrontan los factores determinantes sociales de la salud. La competencia cultural exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población, que respete las singularidades culturales y las preferencias individuales y familiares.

Al igual que con los atributos anteriores, solo podrá haber APS de calidad si se cumplen las tres funciones esenciales. La función resolutoria, inherente al nivel de atención primaria, significa que la APS debe estar capacitada cognitivamente y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas de su población. La función de comunicación es la expresión de la APS como centro de comunicación de las RAS, es decir, tiene condiciones de ordenar el flujo y contraflujo de personas, productos y de información entre los diferentes componentes de las redes. La función de responsabilidad requiere de un conocimiento y relación íntima de la población adscrita en los microterritorios sanitarios y el ejercicio de responsabilidad económica y sanitaria en relación con esa población.

Puntos de atención secundaria y terciaria de las redes de atención de salud

Conceptualmente, los puntos de atención secundaria y terciaria son nodos de las RAS en los que se ofrecen determinados servicios especializados, generados por una función de producción singular. Se diferencian por su densidad tecnológica, que es

mayor en los puntos de atención terciaria que en los de atención secundaria, aunque los primeros tienden a ser más concentrados espacialmente. Sin embargo, en el contexto de las redes poliárquicas, no hay diferencia en la importancia de cada punto de atención y tampoco, subordinación, ya que todos son igualmente importantes para alcanzar los objetivos comunes de las RAS.

A partir de ese concepto, se puede concluir que los puntos de atención de salud no son necesariamente análogos a los establecimientos de salud. Por ejemplo, un hospital, por ser una unidad de salud que ofrece muchos productos diferenciados, puede contener varios puntos de atención de salud, por ejemplo, la unidad de terapia intensiva de neonatología y la maternidad son puntos de atención de salud de una red de atención a la mujer y el niño; el centro quirúrgico y las enfermerías de clínica médica son puntos de atención de salud de una red de atención de enfermedades cardiovasculares.

Los puntos de atención secundaria y terciaria se definen de acuerdo con la naturaleza de la red temática de atención de salud, por ejemplo, los centros de apoyo psicosocial en las redes de atención de salud mental y los centros de especialidades odontológicas en las redes de atención de salud bucodental. Generalmente, los puntos de atención secundaria y terciaria están constituidos por unidades hospitalarias y por unidades ambulatorias; las segundas pueden estar situadas dentro o fuera del hospital.

Puntos de atención secundaria ambulatoria en las redes de atención de salud. En las RAS, las unidades ambulatorias cumplen una función muy distinta de las que llevan a cabo en los sistemas fragmentados de atención de salud. Esa diferencia debe entenderse bien, dado que en los sistemas fragmentados, los distintos puntos de atención secundaria y terciaria funcionan aisladamente, sin comunicación ordenada con los demás componentes de la red y sin la coordinación de la atención primaria de salud, como es el caso de las RAS. Un ejemplo son los centros ambulatorios de atención secundaria, en que la propuesta de integración en red es completamente distinta de su forma convencional de funcionamiento en los sistemas fragmentados, donde son centros de especialidades médicas.

La concepción estratégica de los centros ambulatorios de atención secundaria como puntos de atención secundaria de la RAS es innovadora y choca con la posición que sustenta el modelo vigente de los centros de especialidades médicas. Por lo tanto, es necesario utilizar una estrategia de emplazamiento que permita contraponerse a la inercia, que tiende a apropiarse de los centros ambulatorios de atención secundaria para reducirlos a la forma tradicional de prestación de servicios ambulatorios a través de centros de especialidades médicas. Además de su dimensión ideológica, esa tendencia se manifiesta también en las dimensiones política y económica. Las diferencias

entre los centros de especialidades médicas y el modelo de puntos de atención secundaria de una RAS, algunas irreconciliables, figuran en el cuadro 4. Debe quedar claro que la propuesta de RAS, dado su carácter radical, no es neutra. Los intereses de la población, expresados en sus necesidades de salud, están por encima de los intereses políticos, económicos y tecnológicos de los actores sociales presentes en situación ventajosa en la arena política sanitaria.

Cuadro 4. Diferencias entre los centros de especialidades médicas y los puntos de atención secundaria de una red

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PUNTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA DE UNA RAS
Planificación de la oferta	Planificación de las necesidades
Unidad aislada sin comunicación fluida con otros niveles de atención	Punto de atención de salud con comunicación en red con los otros niveles de atención
Sistema abierto	Sistema cerrado
Autogobierno	Gobierno de la APS
Acceso regulado por gestores de salud, directamente en el complejo regulador	Acceso regulado directamente por el equipo de APS
Atención centrada en el cuidado profesional provisto por médico especialista	Atención centrada en el cuidado multiprofesional
Relación entre generalista y especialista: inexistente o solo por referencia y contra-referencia, sin conocimiento personal ni trabajo conjunto	Relación entre generalista y especialista: personal con trabajo clínico conjunto
Decisiones clínicas no articuladas en líneas-guía ni en protocolos clínicos con base en evidencia	Decisiones clínicas articuladas en líneas-guía y en protocolos clínicos elaborados con base en evidencia
Historias clínicas individuales, no integradas en red	Historias clínicas informatizadas, integradas en red, especialmente con la APS
No utiliza herramientas de gestión de la clínica	Utiliza herramientas de la gestión de la clínica corrientemente
Función meramente asistencial	Función asistencial, educativa, de supervisión y de investigación
Pago por procedimiento	Pago por presupuesto global o capitación ajustado

Los hospitales de las RAS desempeñan funciones diferentes de los hospitales de los sistemas fragmentados de atención de salud. El carácter poliárquico de las RAS es incompatible con la función del hospital como centro de la atención en los sistemas fragmentados. En las RAS, los hospitales deben insertarse sistemática e integradamente como organizaciones que tienen puntos de atención de diferentes redes temáticas de salud. Por lo tanto, en la redes, el hospital debe ser evaluado, entre otras variables, por participar en el sistema y debe cumplir la función principal de responder a las condiciones agudas o a los momentos de agudización de las condiciones crónicas, conforme esté establecido en directrices clínicas. Para eso, los hospitales en redes deben tener una densidad tecnológica compatible con el ejercicio de esa función y deben operar con patrones óptimos de calidad. Es más, en los hospitales hay una relación muy estrecha entre escala y calidad.

En la visión integrada de las RAS, la calidad hospitalaria no se deriva solamente de su funcionamiento aislado, sino también de su inserción en redes, en las que contribuye efectivamente a la generación de valor para los usuarios de los sistemas de atención de salud. Un efecto importante del concepto de RAS es que el movimiento de acreditación hospitalaria debe evolucionar gradualmente hacia una acreditación de toda la RAS en su conjunto, incluidas las unidades de atención primaria, secundaria y terciaria.

Otra consecuencia de la inserción de los hospitales en las RAS será el desarrollo de un proceso de sustitución, que supone una profunda reorganización de los recursos humanos, competencias, equipamiento e instalaciones físicas, con el fin de que se pueda prestar la atención hospitalaria en el lugar apropiado, al costo adecuado y con la calidad necesaria.

Además, la forma de gestión hospitalaria en relación con la inserción de esas unidades en las RAS exige que se sume a la gestión de medios (recursos humanos, materiales y financieros) una inversión fuerte en tecnologías de gestión de la clínica mediante la producción e incorporación de directrices clínicas construidas con base en evidencia.

La conformación de la estructura operativa de las RAS se realiza a partir de los flujos que están en las líneas, como figura en el ejemplo del recuadro 1, que puede aplicarse a cualquier red temática de atención de salud. Esa matriz cruza los niveles de atención de salud en su lado izquierdo, con los territorios sanitarios en su lado derecho. En el centro figuran la APS y los puntos de atención secundaria y terciaria.

NIVEL DE ATENCIÓN	PUNTOS DE ATENCIÓN DE SALUD			TERRITORIO SANITARIO
Atención Terciaria de Salud	Maternidad de Alto riesgo Terciaria	Casa de la Gestante	Unidad de Hospitalización Pediátrica de Nivel Terciario	Macrorregión
Atención Secundaria de Salud	Maternidad de Alto riesgo Secundaria	Centro Viva Vida	Unidad de Hospitalización Pediátrica	Microrregión
	Maternidad de Riesgo Moderado-Bajo			
Atención Primaria de Salud	UAPS / Equipo PSF			Municipio Área de Cobertura
	Agente Comunitario de Salud			Microárea

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (2007a)

Sistemas de apoyo a las redes de atención de salud

Los sistemas de apoyo de las RAS son lugares institucionales donde se prestan servicios comunes a todos los puntos de atención de salud, es decir, apoyo diagnóstico y terapéutico, de asistencia farmacéutica y de sistemas de información en salud.

Sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico. Este sistema abarca los servicios de diagnóstico por imaginología, medicina nuclear diagnóstica y terapéutica, electrofisiología diagnóstica y terapéutica, endoscopias, hemodinámica y patología clínica. Su participación en las RAS se diferencia de la organización convencional de los sistemas fragmentados principalmente de dos maneras: la forma de organización y el modelo de programación.

La organización del sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico en un sistema fragmentado se instituye de forma aislada, sin una comunicación fluida con la APS ni con los puntos de atención secundaria y terciaria, lo cual genera redundancia en el trabajo y en la atención de salud; por ejemplo, se puede solicitar una misma radiografía o examen de sangre en cada punto de atención de salud, lo cual es incómodo para el usuario

y un desperdicio económico para el sistema. Además, el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico suele ser de baja escala, lo que repercute negativamente en la eficiencia económica y en la calidad de los servicios.

En las RAS estos sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico deben estar integrados como un componente transversal de todas las redes temáticas. En consecuencia, debe construirse con base en los principios de las RAS, en los que se conjugan dialécticamente escala, calidad y acceso, y los servicios se distribuyen de manera óptima en los territorios locales, microrregionales y macrorregionales, de acuerdo con su densidad tecnológica y con la disponibilidad de recursos para su funcionamiento. En general, esa reorganización implica la centralización de las unidades de procesamiento, la descentralización de la recolección de muestras para todas las unidades de atención de salud, especialmente para las de APS, y una conexión de esas dos puntas a través de un sistema logístico eficaz. La centralización de las unidades de procesamiento debe realizarse mediante la integración horizontal de los laboratorios, con el objetivo de obtener economías de escala, aumentar la eficiencia económica y mejorar la calidad de los servicios.

En cuanto al modelo de programación, es necesario instaurar uno que se derive a partir de protocolos clínicos que definen cómo se toman, transportan y procesan las muestras y cómo se interpretan los diferentes exámenes, y con base en las planillas de programación de las líneas-guía, que establecen parámetros poblacionales para cada tipo de examen, programar de acuerdo con las necesidades. Por ejemplo, si la línea guía dice que cada gestante de riesgo moderado-bajo debe hacerse cierto número de exámenes durante el embarazo, la programación se hará multiplicando el número de gestantes de riesgo moderado-bajo registradas en una unidad de APS por el número de exámenes que le corresponde para generar el número total de cada examen para las gestantes de esa unidad. De esa forma, la programación se hace a partir de la población de gestantes efectivamente registradas en la unidad de salud y por los profesionales de la unidad.

El segundo sistema de apoyo que es fundamental para la organización de las RAS es el de asistencia farmacéutica. Requiere una organización compleja de un grupo de actividades relacionadas con los medicamentos y destinadas a apoyar las acciones de salud demandadas por una comunidad; incluye intervenciones logísticas relacionadas con la selección, la programación, la adquisición, el almacenamiento y la distribución de los medicamentos, así como funciones asistenciales de farmacia clínica y vigilancia, como son el formulario terapéutico, la dispensación, la adhesión al tratamiento, la conciliación de los medicamentos y la forma de tomarlos y la farmacovigilancia.

La importancia de los medicamentos en la atención de salud es creciente, tanto desde el punto de vista económico como del sanitario, ya que este insumo es el segundo

rubro de mayor gasto en los sistemas de atención de salud, superado solamente por la atención hospitalaria. Es más, los gastos en medicamentos son crecientes, debido a la combinación de tres factores: el aumento del número de personas que consumen medicamentos, el aumento del número de prescripciones por persona y el costo de la prescripción derivado de las innovaciones tecnológicas. Por lo anterior, la organización de la asistencia farmacéutica debe asumir la forma de sistema transversal de apoyo a las RAS.

El sistema de asistencia farmacéutica abarca dos grandes componentes: el de logística de medicamentos y el de farmacia clínica. A su vez, el ciclo logístico se compone de las funciones de selección, programación, adquisición, almacenamiento y distribución. La selección es el eje central del ciclo logístico de la asistencia farmacéutica y se materializa en una lista estandarizada de fármacos. Tiene como objetivo proporcionar beneficios terapéuticos, tales como promover su uso racional y mejorar la capacidad resolutoria terapéutica, y económicos, como la racionalización de los costos (MARIN et al., 2003). La selección presupone la institución de un comité de farmacia y terapéutica de carácter multidisciplinario, compuesto por médicos, farmacéuticos, personal de enfermería, farmacólogos clínicos, farmacoepidemiólogos y otros. Sin embargo, desde el punto de vista de las RAS y de uno de sus instrumentos de base, la gestión de la clínica, el insumo fundamental para la selección de fármacos son las directrices clínicas que especifican qué medicamentos deben utilizarse en la atención de salud.

La programación de los medicamentos tiene por objeto garantizar la disponibilidad de los fármacos seleccionados, en cantidad adecuada y de manera oportuna, para atender las necesidades de una población determinada, en un período también determinado.¹⁴ Esa programación se realiza por distintos métodos, que se basan en el perfil epidemiológico, la oferta de servicios y el consumo histórico o ajustado. También es parte de la tecnología de gestión de la condición de salud y se realiza a partir de la planilla de programación contenida en la línea-guía y en los protocolos clínicos, con base en la estratificación de los riesgos de las condiciones de salud de cada usuario del sistema registrado en las unidades de salud.

La adquisición de los medicamentos comprende un conjunto de procedimientos de compra de los fármacos seleccionados en la programación, con el fin de que estén disponibles en cantidad suficiente, que sean de calidad adecuada y costo-eficaces, para mantener el funcionamiento regular del sistema de asistencia farmacéutica. La adquisición tiene múltiples dimensiones: la jurídica o el cumplimiento de las formalidades legales; la técnica, que se refiere al cumplimiento de las especificaciones técnicas; la administrativa, que incluye la selección de los proveedores y el cumplimiento de los plazos de entrega, y la financiera, que abarca la disponibilidad presupuestaria y financiera, las economías de escala y la evaluación del mercado.¹⁵

El almacenamiento de los medicamentos consiste en una serie de procedimientos técnicos y administrativos que abarcan el recibimiento, almacenamiento, seguridad, conservación y control de los fármacos. El almacenamiento adecuado reduce las pérdidas, garantiza la preservación de la calidad de los fármacos y comprende varias tareas, como el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento, la cualificación del recibimiento de los medicamentos y el control de las reservas.¹¹

La distribución de los medicamentos se realiza a partir de la programación hecha por diferentes solicitantes y tiene el propósito de satisfacer las necesidades de medicamentos por un período determinado. La distribución adecuada de los medicamentos debe garantizar la rapidez en la entrega, la seguridad, el transporte adecuado y un sistema de información y control eficiente.¹⁰

Un segundo componente fundamental del sistema de asistencia farmacéutica es la farmacia clínica. Lamentablemente, ese componente ha sido relegado a un segundo plano en algunos sistemas de salud, con resultados económicos y sanitarios inadecuados en relación al uso de medicamentos. La explicación de esa subvaloración de la farmacia clínica puede estar relacionada con la tecnificación de la práctica, la formación clínica insuficiente de los farmacéuticos y el hecho de considerar los medicamentos como un bien de consumo y no como un insumo básico de salud. La razón fundamental de la sobrevaloración de los ciclos logísticos farmacéuticos es la visión equivocada de que el medicamento es el objeto de la asistencia farmacéutica; por el contrario, una propuesta consecuente de asistencia farmacéutica convierte a los usuarios en el objeto del sistema de atención de la salud y no al medicamento. Por otro lado, la farmacia clínica cambia la función del farmacéutico, que deja de ser un profesional que trabaja con medicamentos, para pasar a ser miembro de un equipo multiprofesional de salud, que interactúa con los demás profesionales y se relaciona con los usuarios, su familia y la comunidad, para promover vínculos permanentes con base en la acogida y en la humanización de las prácticas clínicas.

El componente de la farmacia clínica abarca el formulario terapéutico, la dispensación, la adhesión al tratamiento, la conciliación de los medicamentos y la forma de tomarlos y la farmacovigilancia.

El formulario terapéutico contiene los medicamentos disponibles, con información farmacológica destinada a promover el uso efectivo, seguro y económico de esos productos. El formulario debe incluir todos los medicamentos que constan en la lista de medicamentos, además de: información farmacéutica, farmacológica y terapéutica fundamental para cada uno de los medicamentos; normas y procedimientos que regulan su prescripción, dispensación y uso e información adicional que se considere importante.

La dispensación tiene por objeto garantizar la entrega del medicamento correcto al usuario, en la dosis y cantidad prescrita, con instrucciones para su uso y acondicionamiento correctos, con el fin de garantizar la calidad del producto. También busca que el usuario comprenda correctamente la forma de utilizar el medicamento.

La adhesión al tratamiento es un componente fundamental de la asistencia farmacéutica. En términos generales, se define como la medida en que el comportamiento de una persona sigue las recomendaciones de los profesionales de salud. La adhesión no debe verse exclusivamente como la adopción de una prescripción del equipo de salud, sino como un acuerdo entre el usuario y el equipo de salud derivado de una relación de cooperación horizontal entre ellos.¹⁶

La conciliación de los medicamentos tiene por objeto racionalizar la utilización de medicamentos y disminuir errores de medicación cuando el usuario de un sistema de atención de salud cambia de ámbito de asistencia (p. ej. hospitalización, transferencias entre clínicas u hospitales) (ROSA et al., 2007). En las RAS, la gestión de la clínica, que implica la estratificación de los riesgos de cada condición de salud, surge una situación adicional de transición cuando el paciente evoluciona y pasa de un estrato de riesgo a otro, independientemente del ámbito en que recibe atención de salud.

La farmacovigilancia se refiere a la identificación y evaluación de los efectos agudos o crónicos de los riesgos de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o entre grupos de usuarios de los sistemas de atención de salud expuestos a tratamientos medicamentosos específicos. Con las tecnologías de gestión de la clínica en las RAS, la farmacovigilancia es parte del componente de gestión de los riesgos de la atención de salud, que a su vez es parte de la tecnología de gestión de las condiciones de salud.

Sistemas de información en salud. Estos constituyen el tercer componente de los sistemas de apoyo de las RAS. Comprenden instrumentos de diagnóstico de la situación de salud que se utilizan para generar intervenciones coherentes con las necesidades de la población. Estos sistemas abarcan los factores determinantes sociales de la salud y los ámbitos contextuales y legales en los cuales tales sistemas funcionan; los insumos de los sistemas de atención de salud y sus procesos, entre ellos, la política y la organización, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos y los recursos financieros; el desempeño de los sistemas de atención de salud; los resultados del sistema en indicadores de mortalidad, morbilidad, carga de enfermedades, bienestar y estado de salud, y la equidad en salud.

Las RAS tienen que estar respaldada por información de calidad generada por buenos sistemas de información en salud. Esta información ayuda a perfeccionar la toma

de decisiones y conduce al mejoramiento de los servicios públicos. Un factor fundamental del mejoramiento de los sistemas de información en salud es la utilización de esa información como insumo cotidiano de las decisiones de los gestores de los sistemas de atención de salud, tal como sostiene la atención de salud basada en evidencia.

Sistemas logísticos de las RAS

Estos corresponden a soluciones muy dependientes de las tecnologías de información, que garantizan una organización racional de los flujos y contraflujos de información, productos y personas en las RAS, y permiten realizar la referencia y contrarreferencia de las personas de manera eficaz, al igual que el intercambio eficiente de productos e informaciones en todos los puntos de atención de salud y sistemas de apoyo de esas redes.

Los principales sistemas logísticos de las RAS son la tarjeta de identificación de los usuarios, la historia clínica, los sistemas de acceso regulado a la atención de salud y los sistemas de transporte en salud.

La tarjeta de identificación de los usuarios es el instrumento que permite asignar un número único a cada persona que utiliza el sistema de atención de salud. Esta puede ser simplemente una tarjeta con un número único o una tarjeta inteligente con capacidad de almacenar información. Ciertamente, los recursos tecnológicos y los costos de los sistemas definirán si se ha de usar una u otra. Lo fundamental es que la tarjeta permita identificar de manera incuestionable a su portador en cualquier punto de atención de salud o sistema de apoyo de las RAS, en todo el territorio de cobertura de las redes e, incluso, en lugares fuera de su cobertura.

La historia clínica es un instrumento fundamental de la organización del proceso de decisión clínica, ya que estandariza la información de salud, que es heterogénea, compleja y poco estructurada. Esa estandarización permite reducir el grado de complejidad y tomar decisiones de manera más eficiente y eficaz. Además de su función comunicacional, la historia clínica se utiliza como instrumento de gestión y educación de los profesionales y los usuarios. Es un elemento esencial de la gestión de la atención de salud, ya que de ella se derivan datos que alimentan los sistemas de información en salud, los bancos de datos y de conocimientos, la investigación científica, la teleasistencia, el sistema de gestión de la clínica y el sistema de gestión financiera. En la gestión de la clínica, las historias clínicas informatizadas son fundamentales para permitir el registro de los usuarios por subgrupos de población estratificados por riesgos y para emitir alertas y dar retroalimentación a los profesionales de salud y a los usuarios.

La historia clínica puede existir en papel o informatizada. En el cuadro 5 se presentan las diferencias entre ambos tipos. Más recientemente, la preferencia favorece la historia clínica informatizada, ya que la introducción de tecnologías de información viabiliza la implantación de la gestión de la clínica en las organizaciones de salud y reduce los costos al eliminar redundancias en el sistema.

Cuadro 5. Diferencias entre la historia clínica con y sin informatización

SIN INFORMATIZACIÓN	CON INFORMATIZACIÓN
No hay gerencia de la información	Hay gerencia de la información
Memorización de la información para la toma de decisiones	Herramientas interactivas para la toma de decisiones
Decisiones aleatorias	Toma de decisiones científicas
Medidas individuales	Medidas con base en directrices clínicas
22% a 38% de la información de los usuarios no está disponible	Información completa, pertinente instantánea

Fuente: Departamento de Informática em Saúde. Sistemas de informação em saúde. São Paulo, Facultad de Medicina de la UNIFESP, 2000.

Las historias clínicas generalmente son individuales. Pero en el caso de las instituciones que trabajan con la salud de la familia, deben ser familiares y la unidad de registro debe ser la familia; asimismo, la historia clínica debe incorporar herramientas de abordaje familiar, como el diagrama genealógico o genograma, la clasificación de riesgos familiares y otros asuntos pertinentes.

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud están constituidos por estructuras operativas que regulan una oferta determinada y la demanda de servicios de salud, de manera que el acceso se racionalice según grado de riesgo y normas definidas en protocolos de atención de salud y en flujos asistenciales.

Los objetivos de tales sistemas son: organizar el acceso de forma equitativa, transparente, con seguridad y en torno al usuario; desarrollar y mantener actualizados los protocolos de atención de salud que ordenan el proceso. Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud pueden funcionar modularmente, por ejemplo, los módulos de regulación de hospitalizaciones electivas y de urgencia, de las consultas y exámenes especializados, de registro de los establecimientos de salud, y otros. Para eso, es necesario tener claras las características de la oferta de atención, mediante un registro de los servicios que forman parte de la red de atención sanitaria.

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud están constituidos por un programa de computación y por una infoVía necesaria para operativizarlos. En las RAS, construidas con centro de comunicación de la atención primaria de salud, los accesos entre niveles de atención para procedimientos electivos serán regulados, principalmente, por la APS, articulada con centrales de programación electrónica. La central de regulación debe funcionar con protocolos de atención y, en algunos casos, según la opinión de un médico regulador, que debe estar disponibles 24 horas al día, y que puede intervenir en la programación de consultas y exámenes especializados y en situaciones de urgencia.

Los sistemas de transporte en salud tienen como objetivo estructurar los flujos y contraflujos de personas y de productos en las RAS. Tienen la función de transportar a los usuarios que requieren atención de salud y de garantizar el movimiento adecuado de material biológico, residuos de los servicios de salud y equipos de salud. Estos sistemas son soluciones logísticas transversales a todas las RAS, imprescindibles para el acceso a los puntos de atención de salud y a los sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico.

El subsistema de transporte de personas se destina a los usuarios que requieren servicios de salud y tienen alguna incapacidad física o económica para desplazarse por medios ordinarios de transporte. Este subsistema es esencial para el acceso a los servicios prestados en la RAS y su falta se considera una de las principales barreras a dicho acceso. Como se vio anteriormente en la discusión de los fundamentos de las RAS, el acceso a los servicios está fuertemente influenciado por costos de oportunidad, especialmente en situaciones electivas. Por eso, si se agrega el costo económico del transporte a los costos de oportunidad, que son normalmente altos, empeora el acceso.

La organización del subsistema de transporte en salud de personas es imperativa, especialmente en los países en desarrollo, donde la presencia de grandes grupos en situación de pobreza – los más sensibles a las barreras de acceso a los servicios de salud – demanda un transporte eficiente, oportuno y de calidad.

El subsistema de transporte en salud de material biológico con frecuencia se refiere al transporte de las muestras para exámenes de patología clínica. La razón se deriva de la propuesta de las RAS de integrar horizontalmente los sistemas de patología clínica, por medio de la centralización del procesamiento de los exámenes y la descentralización de la toma de muestras, unidos por un sistema logístico constituido por el subsistema de transporte de material biológico.

El subsistema de transporte de residuos de servicios de salud consiste en el traslado de esos residuos desde su depósito (almacenamiento externo) hacia la unidad de destino final, con técnicas que garanticen la preservación del acondicionamiento y

transporte y la seguridad de los trabajadores, de la población y del medio ambiente. Por lo general, ese subsistema es parte del plan de gestión de residuos de servicios de salud, que integra el proceso de licenciamiento ambiental, basado en los principios de no producirlos o minimizarlos. Ese proceso describe las acciones relativas al manejo de residuos en el ámbito de los establecimientos de salud, y contempla los aspectos referentes a su generación, segregación, acondicionamiento, recolección, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final, así como la protección de la salud pública.

Sistema de gobernanza de las redes de atención de salud

La gobernanza, quinto componente de las RAS, se define según las Naciones Unidas, como el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa para gestionar los negocios del Estado. Está constituida por un conjunto complejo de mecanismos, procesos, relaciones e instituciones a través de las cuales los ciudadanos y los grupos sociales articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y resuelven sus diferencias.¹⁷

La gobernanza de las RAS es el arreglo organizativo de una o múltiples instituciones que permite la gestión de todos los componentes de esas redes, de manera que se genere un excedente de la cooperación entre los actores sociales, aumente la interdependencia entre ellos y se obtengan buenos resultados sanitarios y económicos para la población adscrita.

La lógica de la gobernanza de las RAS es distinta de la de los sistemas fragmentados. En los últimos, la falta de comunicación entre los diferentes puntos de atención de salud y los sistemas de apoyo conlleva un modelo de gobernanza por estructuras, en las que se gestionan aisladamente los distintos componentes. Este modelo produce resultados sanitarios y económicos débiles, porque no permite obtener beneficios de las interrelaciones y la sinergia que se genera entre los diferentes componentes de un sistema de atención de salud. Por eso, las redes exigen un modelo de gobernanza sistémica, que imponga a la gerencia de las diversas estructuras una organización que permita articular las relaciones entre la APS, los puntos de atención de salud, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos de las RAS.

La gobernanza de las RAS es diferente de la gerencia de los puntos de atención de salud, de los sistemas de apoyo y de los sistemas logísticos, ya que debe gobernar las relaciones entre la APS, los puntos de atención secundaria y terciaria, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos, de manera que se articulen en función de la misión, la visión y los objetivos comunes de las redes. La gobernanza es un sistema transversal a todas las redes temáticas de atención de salud, que consta de tres dimensiones: diseño institucional, sistema gerencial y sistema de financiamiento.

Se entiende por diseño institucional la manera en que los grandes bloques estructurales de las RAS – autoridad, responsabilidad, información e incentivos – figuran en un arreglo organizacional.¹⁸ El diseño puede hacerse de varias formas, desde un continuo que parte con la integración vertical de diferentes organizaciones, con un único ente gestor, hasta una estructura virtual instituida por alianzas estratégicas entre diferentes organizaciones que se asocian para gestionar las RAS. Lo que definirá ese macrodiseño es la naturaleza de la propiedad de las RAS. Si es propiedad de una única organización, totalmente integrada verticalmente, la gobernanza será única. Pero, si está constituida por diferentes instituciones, la gobernanza será multiinstitucional y, por lo tanto, a través de una alianza estratégica.

Otros factores que influyen en el diseño institucional son el ambiente regulatorio, los intereses y las expectativas de los diferentes actores sociales, la capacidad de cooperación, el grado de integración gerencial y clínica, la valoración de la promoción de la salud y la prevención de las condiciones de salud, la rendición de cuentas y la responsabilización y la capacidad de adaptación a diferentes situaciones.

La cultura de la organización es otro factor que influye en la gobernanza de las RAS. Por un lado, porque la instauración de objetivos y estrategias de las RAS requiere que sus miembros acepten y compartan visión, misión y objetivos comunes. Por otro, porque la cultura de cada organización participante en esas redes debe estar alineada con la misión y con los objetivos. Ciertos valores presentes en las organizaciones, como actitudes de cooperación, interdependencia, trabajo en equipo y orientación, son fundamentales para los resultados. Además, es importante que en la gobernanza de las RAS haya un liderazgo orientado a la cooperación y la comunicación de objetivos y estrategias y su aprendizaje.

Un componente fundamental del diseño institucional de las RAS es la garantía de que se crearán mecanismos potentes de coordinación. Estos pueden ser desarrollados mediante normalización y supervisión o a través de la adaptación mutua. La primera abarca procesos de trabajo (directrices clínicas), habilidades (educación permanente) y resultados (estandarización de los resultados). La adaptación mutua engloba la comunicación informal, los dispositivos de articulación y los sistemas de información integrados verticalmente.

Otro punto importante que se debe considerar en el diseño institucional es su contribución a la eficiencia en las RAS, es decir a su capacidad de aumentar la escala de los servicios de salud (eficiencia de escala), aumentar la eficiencia interna, especialmente a través de la capacitación gerencial, y reducir la variabilidad de la práctica clínica mediante la aplicación de directrices.

Un segundo aspecto relevante de la gobernanza de las RAS es el sistema gerencial. La implantación de sistemas gerenciales eficaces, como la territorialización, la planificación estratégica y los sistemas contractual, de monitoreo y evaluación y de acreditación es indispensable.

Un primer instrumento gerencial, fundamental para la gobernanza de las RAS es la territorialización, que consiste en definir los diferentes espacios de vida de la población y la base territorial para constituir las RAS. Existen por lo menos dos conceptos de territorio sanitario. El primero se deriva de su forma natural como un espacio físico; el segundo se deriva de la geografía política y es coherente con el concepto de espacio/población en el cual el territorio está en construcción permanente, producto de una dinámica social que nunca acaba y donde se relacionan sujetos sociales situados en el ámbito sanitario. Esa última visión implica que el territorio sanitario, además de geográfico, es un territorio cultural, social, económico y político.

En la dinámica de las RAS, los territorios también son espacios de responsabilidad sanitaria por una población definida. Dado el principio de cooperación gestionada, es necesario que haya una definición clara de los servicios que la RAS deberá ofrecer a la población adscrita. En consecuencia, la demarcación de los territorios sanitarios es compatible con los principios de construcción de las RAS, especialmente para aumentar la interdependencia entre los participantes, de modo que favorezca la imposición de una responsabilidad incuestionable de una autoridad sanitaria por una población definida.

En relación con las RAS, cabe diferenciar entre territorios político-administrativos y territorios sanitarios. Los primeros son espacios de desconcentración de los entes públicos – ministerios y secretarías de salud – que se definen a partir de una lógica eminentemente política. Sin embargo, los territorios sanitarios son demarcados por flujos y contraflujos de la demanda por servicios de salud de parte de la población de responsabilidad de una RAS.

El otro instrumento gerencial de gobernanza de las RAS es la planificación estratégica. Esta es importante en la institucionalización de las RAS, que tienen como característica intrínseca la convergencia de diferentes actores con objetivos comunes, lo cual llama a construir estrategias, percepciones y valores compartidos. Además, en las redes en general y en las RAS en particular, la planificación permite profundizar las interdependencias de quienes participan en ellas e imprimir mayor racionalidad sistémica mediante la ordenación de los flujos y contraflujos de personas, productos e información.

La planificación en las RAS debe hacerse con base en las necesidades (y no por la oferta); así se confiere más racionalidad al proceso, por ser esta un instrumento de

asignación equitativa de los recursos, porque capta por medio de indicadores epidemiológicos las necesidades de toda la población, ya sea incluida o excluida socialmente, y no solo los intereses de los grupos sociales mejor organizados. Por ejemplo, no basta con asignar, a partir de series históricas limitadas por los recursos financieros, un monto determinado para hacer un número de mamografías. Las mamografías tienen que estar disponibles para que los gestores las distribuyan de acuerdo con criterios avalados por el sentido común. Por lo tanto, en un territorio sanitario dado es necesario determinar con base en la evidencia científica de las directrices clínicas, cuáles y cuántas son las mujeres en riesgo de cáncer de mama y, a partir de criterios epidemiológicos, identificarlas y ofrecerles mamografías programadas. La planificación de las necesidades constituye un factor importante de la oferta de servicios eficaces, eficientes y que, consecuentemente, pueden agregar valor para los usuarios.

La planificación estratégica de las RAS se realiza mediante la formulación estratégica, de la cual resultan acciones coordinadas de largo, mediano y corto plazos. Esta requiere que se haga un análisis del contexto político, institucional y sanitario. Puede sustentarse en el análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, y debe incluir la definición de la misión, visión y los valores compartidos por el ente de gobernanza instituido, así como la definición de su posicionamiento estratégico en el mercado público.

Otro instrumento gerencial es el plan directivo de inversiones (PDI), que debe contener los recursos para atender las necesidades pactadas en el proceso de planificación. En el ámbito regional, debe reflejar las necesidades para alcanzar la suficiencia en la APS y en la atención secundaria (mediana complejidad), conforme con el diseño regional y de la macrorregión en lo que se refiere a la atención terciaria (alta complejidad). Debe contemplar, además, las necesidades del área de vigilancia en salud y ser desarrollado de forma articulada con el proceso de territorialización y de planificación estratégica. EL PDI surge de la elaboración de la cartera de servicios, fundamentada en las directrices clínicas basadas en evidencia.

El cuarto instrumento gerencial imprescindible para la gobernanza de las RAS es el sistema contractual. Para su funcionamiento, el sistema de planificación estratégica necesita que se hagan contratos de gestión entre los entes gestores de las RAS y los prestadores de servicios de salud en esas redes.

Para el Estado contemporáneo es necesario regular; prestar directamente los servicios no es necesario. La separación de las macrofunciones de regulación y financiamiento de las de prestación de servicios exige que, mediante contratos de gestión, se implanten mecanismos formales entre los entes reguladores/financiadores y las instituciones prestadoras de servicios.

Además de dar una base formal para separar las funciones de regulación y prestación de servicios de salud, el creciente interés por los contratos entre entes reguladores y prestadores de servicios de salud se atribuye a la decepción con los modelos de asignación de recursos de los sistemas gerenciales jerárquicos todavía vigentes en las organizaciones estatales.

El sistema de monitoreo y evaluación es otro instrumento gerencial de las RAS, cuya función es diferente de la ejercida en las organizaciones burocráticas, en las que es de carácter fiscalizador. El proceso de monitoreo y evaluación conlleva un juicio de valor sobre una intervención para racionalizar el proceso de toma de decisiones. Puede definirse como el trabajo ex-post de seguimiento de los objetivos cuantitativos y cualitativos predefinidos en términos de estructura, procesos y resultados en busca del perfeccionamiento de la eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

Para su funcionamiento, el monitoreo exige un sistema de información gerencial eficaz, con dos características principales. La primera, es que el sistema debe diseñarse a partir del plan estratégico y de los contratos de gestión. La segunda es que requiere un programa de computación relacional, que supone la articulación de los diferentes sistemas de información para producir indicadores predefinidos en el plan estratégico y en los contratos de gestión; también debe poder emitir informes de gestión periódicos, según las demandas de diferentes actores, dentro y fuera de la organización.

La evaluación es diferente del monitoreo en cuanto consiste en hacer un juicio ex-post de intervenciones usando el método científico. Es una intervención episódica, que permite analizar explicaciones alternativas o utilizar múltiples líneas de evidencia; ella establece relaciones entre los componentes, y analiza los resultados esperados y no esperados de los servicios de salud; se lleva a cabo mediante técnicas de investigación evaluativa; es una actividad organizacional especializada conducida por evaluadores; puede ser interna o externa, y produce evidencias.

Un sexto instrumento gerencial de la gobernanza de las RAS es el sistema de acreditación. Este es un sistema de verificación periódica, voluntaria y reservada, para determinar si se logran patrones previamente definidos con respecto a la estructura, los procesos y los resultados; tiene el objetivo de estimular el desarrollo de una cultura de mejoramiento continuo de la calidad de la atención de salud y de la protección de la salud de la población.

La acreditación de las RAS impone una nueva actitud, la de la acreditación de todos los componentes de la red y sus relaciones, de manera que el carácter sistémico y la continuidad de la atención de salud sean imperativos.

El sistema de financiamiento de la atención sanitaria como instrumento gerencial consiste en la movilización de recursos financieros de fuentes primarias (individuos, familias y empresas) o secundarias (gobierno federal, estados, municipios y fuentes externas), su acumulación en fondos reales virtuales (ahorro familiar, presupuesto público, fondos públicos, etc.) y su distribución a través de una variedad de arreglos institucionales para producir servicios de salud. Este sistema desempeña tres funciones: de extracción, de acumulación y de asignación.

Un buen sistema de financiamiento de la atención de salud es aquel que es más equitativo, que incentiva la prestación de servicios de manera eficiente y con calidad, que induce el mejoramiento de la salud a partir de los servicios producidos generando valor para las personas y que permite aumentar el valor del dinero usado. El sistema de financiamiento es uno de los elementos más potentes de la gobernanza de las RAS para alcanzar sus objetivos de eficiencia, calidad y coordinación de la atención, porque contiene incentivos económicos que orientan las acciones de gestores y prestadores de servicios. Es decir, es fundamental que el sistema de financiamiento esté alineado con los objetivos de las RAS.

El sistema de pago tiene diversas formas (unidad de servicio, procedimientos definidos por grupos relacionados de diagnóstico, estipendio, capitación, salario, presupuesto de gastos o presupuesto global), que pueden clasificarse en dos grandes grupos: pagos retrospectivos y pagos prospectivos. El primero es aquel en el cual el flujo financiero acontece ex-ante, independientemente de que se hayan prestado servicios anteriormente, como los pagos por capitación y presupuesto global. Por el contrario, los pagos prospectivos constituyen flujos financieros ex-post, en los cuales el pago se efectúa por los servicios proporcionados con anterioridad, como en las formas de pago por unidad de servicio, estipendios y procedimientos definidos por grupos relacionados de diagnóstico.

Todas esas formas de pago tienen puntos fuertes y débiles. Por ejemplo, el pago por capitación es potente cuando se trata de estimular las medidas de promoción y preventivas y la contención de costos, pero puede inducir a los prestadores a no ofrecer determinados servicios necesarios. Por otro lado, el pago por unidad de servicios o por procedimientos promueve la prestación excesiva de servicios, pero es el sistema que más satisface a los usuarios. Sin embargo, se está consolidando la posición de que el pago por unidad de servicio o por procedimiento debe evitarse dado que, en cualquier circunstancia, sus debilidades son muy superiores a sus fortalezas.

III. MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD

En la sección II, anterior, se analizaron la población y la estructura operativa como elementos constitutivos de las redes de atención de la salud. En esta sección se analizará muy someramente el tercero de esos elementos, es decir, el modelo de atención de salud, como introducción a la sección IV que amplía el análisis de los cambios en la gestión de la salud y la gestión de la atención clínica.

El modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las RAS; articula las relaciones entre la población y los diferentes tipos de intervenciones, definidos en función de la visión de salud prevaleciente, de la situación demográfica y epidemiológica y de los factores sociales determinantes de la salud. La necesidad de cambiar los sistemas de atención de salud para que puedan responder con eficacia, eficiencia y seguridad a situaciones de salud dominadas por las condiciones crónicas llevó al desarrollo de modelos de atención de salud.

Si bien las afecciones agudas y crónicas demandan modelos de atención distintos, son dos caras de una misma moneda. Para mejorar la atención de las primeras y de los eventos de agudización de las condiciones crónicas, habrá que establecer redes de atención de urgencias. Sin embargo, para que esas redes sean eficaces, eficientes y humanizadas, los usuarios deben distribuirse equilibradamente, según riesgo, en todos los puntos de atención de salud. Por ejemplo, no es posible organizar los hospitales terciarios de urgencia sin eliminar de ellos la atención de un gran número de personas con urgencias menores, que deberán atenderse en la APS. El establecimiento del modelo de atención de las condiciones crónicas, principalmente su componente de gestión de la clínica con estratificación de riesgos, permite organizar la atención de las condiciones crónicas y dejar más tiempo a los equipos de APS para dar atención programada y responder a las urgencias menores que se presentan en forma de demanda espontánea.

1. Modelos de atención de las condiciones agudas y eventos de agudización de las crónicas

El objetivo de un modelo de atención de las condiciones agudas es determinar, en el menor tiempo posible y con base en señales de alerta, la gravedad de un paciente en situación de urgencia y seleccionar el punto de atención adecuado para atenderlo. La variable crítica es el tiempo de atención que requiere la clasificación del riesgo, para lo cual es necesario adoptar un modelo de triaje de riesgo en las redes de atención de urgencias.

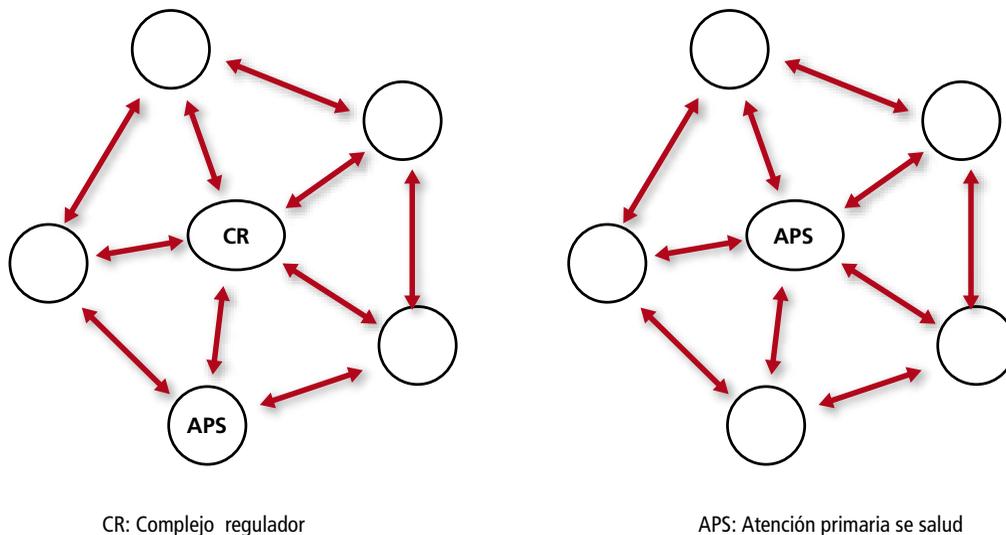
El objetivo de la clasificación de riesgo no es hacer el diagnóstico, sino asignar una prioridad para facilitar el manejo clínico y la gestión de los servicios. Por lo tanto, se

requiere que el profesional defina el motivo por el cual el paciente llegó al servicio de urgencia, es decir, la queja principal y a continuación elija la condición más pertinente a la queja entre las que figuran en diagramas de flujo. Después se busca en los diagramas de flujo un conjunto de signos y síntomas relacionados con cada nivel de prioridad clínica, factores discriminadores de presentaciones clínicas, compatibles con la gravedad del paciente.

Aunque el modelo de atención de las condiciones agudas sea diferente del de las crónicas, tanto en unas como en otras la estructura operativa es la misma, la de las RAS, es decir, la APS, los puntos de atención secundaria y terciaria, además de los sistemas de apoyo, logísticos y de gobernanza.

Las diferencias entre las redes de atención de condiciones crónicas y agudas están en la función de la APS y la forma de regulación, como se ilustra en la figura 3. En las redes de atención de las condiciones crónicas, la APS es un punto de atención de salud, además de constituir el centro de comunicación de las RAS, donde ejerce una función reguladora. En las redes de atención de urgencias, la APS se desplaza del centro para constituir un punto importante de la atención de salud, pero no coordina los flujos y contraflujos de esas redes. En ese caso, la regulación está a cargo del complejo regulador, con un médico en la punta del sistema. No tiene sentido que en una situación de urgencia mayor las personas transiten por la APS, porque implicaría perder un tiempo precioso en su atención.

Figura 3. Diferencias entre las redes de atención de las condiciones agudas y crónicas



Sin duda, hay beneficios en la estructuración de la atención de urgencias con la perspectiva de las RAS, ya que la integración de esos servicios en red puede determinar el flujo de pacientes. En las RAS, el sistema de clasificación de riesgo es un instrumento potente de comunicación, responsabilidad compartida y regulación de las condiciones agudas para dar seguimiento en tiempo real a los flujos y regular el transporte entre servicios. La atención en el lugar correcto y con la calidad necesaria permite evitar atender de urgencia a la mayoría de las personas que no lo necesitan y darles prioridad en la atención primaria de salud en vez de en centros de mayor densidad tecnológica.

2. Modelos de atención de las condiciones crónicas

El trabajo original sobre el modelo de atención crónica es de Wagner,¹⁹ y se ilustra en la figura 4. El modelo está compuesto por seis elementos, subdivididos en dos grandes grupos: el sistema de atención de salud y el de la comunidad.

Para que en un sistema de salud se pueda mejorar la atención de las condiciones



Fuente: Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1:24, 1998. *Autorización para el uso de la imagen concedida al autor por el American College of Physicians. Traducción al español de responsabilidad del autor.

crónicas, habrá que realizar cambios en la organización de esa atención, en el diseño del sistema de prestación de servicios y en el apoyo a las decisiones, en los sistemas de información clínica y en el autocuidado apoyado. También habrá que introducir cambios para articular los servicios de salud con los recursos de la comunidad.

Los cambios en la organización de la atención de salud tienen por objeto llegar a promover una atención segura y de alta calidad, que se logra mediante el mejoramiento del apoyo a los cambios en todos los niveles de la organización, especialmente de sus principales líderes; la introducción de estrategias potentes destinadas a facilitar cambios sistémicos profundos; el fortalecimiento abierto y sistemático del manejo de los errores y de los problemas de calidad para mejorar la atención de salud; el establecimiento de incentivos basados en la calidad de la atención de salud, y el desarrollo de acuerdos que faciliten la coordinación de la atención de salud, dentro y entre las organizaciones.

Los cambios en el diseño del sistema de prestación de servicios de salud tienen el propósito de garantizar una atención de salud eficaz y eficiente y el autocuidado apoyado mediante una clara definición de funciones y la distribución de tareas entre los miembros del equipo de salud; un uso planificado de instrumentos para apoyar la atención de salud basada en evidencias; la gestión de casos para los afectados por condiciones de salud muy complejas; el monitoreo regular de los individuos afectados por afecciones crónicas de parte del equipo de salud, y la provisión de atención de salud de acuerdo con las necesidades y la comprensión de los usuarios, en conformidad con su cultura.

Los cambios en el apoyo a las decisiones tienen por objeto promover una atención de salud que sea coherente con la evidencia científica y con las preferencias de los usuarios. Esto se logra, por una parte, con la introducción de directrices clínicas basadas en evidencia en la práctica cotidiana de los sistemas de atención de salud, directrices que deben compartirse con los usuarios para fortalecer su participación en la atención de salud y, por otra, con el uso de instrumentos de educación permanente de eficacia comprobada, y la integración de la APS con la atención especializada.

La atención eficaz de las condiciones crónicas es prácticamente imposible sin un sistema de información que garantice el acceso fácil a datos clave de una población y sus subgrupos y de cada individuo. Un sistema de información debe facilitar la atención de salud de los usuarios mediante la emisión de alertas, recordatorios y retroalimentación oportunos sobre los servicios necesarios y resúmenes de los datos que faciliten la elaboración de los planes de cuidado. En el ámbito poblacional, el sistema de información clínica debe detectar grupos de riesgos que necesiten abordajes diferenciados de atención de salud, y permitir el monitoreo del desempeño del sistema y de los esfuerzos que buscan dar mayor calidad a los servicios ofrecidos.

Los cambios relativos al autocuidado apoyado tienen por objeto preparar y empoderar a los usuarios para que gestionen su salud y la atención que reciben por sí mismos, para lo cual se necesita:

- Hacer hincapié en la función central que tienen los usuarios en la gestión de su propia salud.
- Usar estrategias de apoyo para el autocuidado, que incluyan la evaluación del estado de salud, el establecimiento de metas, la elaboración de planes de cuidado, las acciones para resolver los problemas y el monitoreo.
- Organizar los recursos de las instituciones de salud y de la comunidad para dar apoyo al autocuidado de los usuarios.
- Reconocer que el autocuidado eficaz va mucho más allá de indicar a los usuarios lo que deben hacer. Significa reconocer su función central en la atención de salud y desarrollar un sentido de autorresponsabilidad sanitaria. Incluye el uso regular de programas de apoyo construidos con base en evidencia científica, que puedan dar información acerca de las afecciones crónicas, apoyo emocional y estrategias para vivir con esas afecciones. El autocuidado no comienza ni termina con una clase. Consiste en un abordaje cooperativo entre el equipo de salud y el usuario para que, conjuntamente, se definan los problemas, se establezcan prioridades, se propongan metas, se elaboren planes de cuidado y se haga el monitoreo de los resultados.

Los cambios en los recursos de la comunidad tienen el propósito de movilizar esos recursos para atender las necesidades de los usuarios con incentivos para que los últimos participen en programas comunitarios eficaces. Asimismo, se trata de crear alianzas entre las organizaciones de salud y las comunitarias para dar apoyo y desarrollar programas que ayuden a atender las necesidades de los usuarios y fomentar la defensa de políticas que mejoren la atención de salud.

3. Propuesta de un modelo de atención de las condiciones crónicas

Con base en el modelo de determinación social de la salud (Figura 5),²⁰ en los elementos del modelo de atención de las condiciones crónicas (Figura 4), en las relaciones que se establecen entre los equipos de salud y los usuarios de los servicios de salud y en función de las particularidades del sistema público de atención de salud brasileño,²¹ se desarrolló el Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas (MACC).

El MACC está estructurado en cinco niveles y en tres componentes integrados: la población (a la izquierda de la figura 4); el objeto de las intervenciones de salud (a la derecha de la figura 5), y los tipos de intervenciones de salud (en el centro de la figura 4). Este modelo se articula con el de determinación social de la salud de Dahlgren y Whitehead,²⁰ en el cual los factores sociales determinantes de la salud se refieren a las

condiciones sociales en las que la gente vive o trabaja o a las características sociales en que su vida transcurre y que repercuten directamente en la salud.

El modelo incluye los factores sociales determinantes de la salud dispuestos en diferentes capas concéntricas, según su nivel de cobertura, desde una más cercana a los factores determinantes individuales, hasta una distal, correspondiente a los macrodeterminantes. Hace hincapié en las interacciones: los estilos de vida individuales están envueltos por las redes sociales y comunitarias y las condiciones de vida y de trabajo, que se relacionan con el ambiente más amplio de naturaleza económica, cultural y ambiental.

Figura 5. Modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren G and Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

El análisis del modelo de determinación social de la salud lleva a opciones políticas de intervención en los diferentes niveles de determinación. Así, por ejemplo, los macrofactores de la capa 4 deben encararse con macropolíticas saludables que permitan, por ejemplo, reducir la pobreza y la desigualdad. Los factores sociales determinantes de la capa 3 demandan políticas para mejorar las condiciones de vida y laborales, al igual que el acceso a servicios esenciales, tales como educación, asistencia social, vivienda, saneamiento y salud. Los factores sociales determinantes de la capa 2 requieren políticas para desarrollar cohesión y redes de apoyo sociales que permitan acumular capital social, y los de la capa 1 hacen imprescindible la eliminación de barreras estructurales a los comportamientos saludables y la creación de ambientes de apoyo a los cambios de comportamiento.

En el primer nivel del MACC, se trabaja con la población total de una red de atención de salud, especialmente en los factores sociales determinantes de la salud ubicados en las tercera y cuarta capas (macrodeterminantes, condiciones de vida y de trabajo y acceso a los servicios esenciales y las redes sociales y comunitarias), que corresponden a los determinantes intermediarios de la salud. En el segundo nivel, se trabaja con subgrupos de población estratificados por factores de riesgo, especialmente los factores determinantes proximales asociados a comportamientos y estilos de vida.

Hasta el segundo nivel no hay una condición de salud establecida. Solo a partir del tercer nivel del modelo es que se empieza a trabajar con una condición de salud cuya gravedad, expresada en términos de complejidad, definirá las intervenciones sanitarias. El tercer, cuarto y quinto nivel están vinculados a los individuos con sus características de edad, sexo y factores hereditarios. Las intervenciones serán predominantemente clínicas, con tecnologías de gestión de la clínica y a partir de la gestión basada en la población.

En la figura 4, la línea diagonal que corta el diseño desde las intervenciones de prevención de las condiciones de salud hasta la gestión del caso representa una división relativa a la naturaleza de la atención de salud. Lo que está por encima de esa línea representa más la atención profesional, y lo que está debajo corresponde predominantemente al autocuidado apoyado.

En la presente sección se resumirán los dos primeros niveles y los cambios que deben llevarse a cabo en la atención de salud si se ha de tener éxito en el manejo de las condiciones crónicas: las relaciones de las RAS con los subgrupos de población estratificados por riesgo; las intervenciones de promoción relacionados con los factores sociales determinantes intermediarios de la salud; las intervenciones sobre los comportamientos y estilos de vida no saludables y los cambios de la atención de salud.

Las intervenciones relativas a las condiciones de salud establecidas, componentes de los niveles tres, cuatro y cinco, se tratarán en la sección 4, sobre la gestión de la clínica

Estratificación de la población

La estratificación de la población es un proceso central en la construcción de las RAS, porque permite identificar personas y grupos con necesidades de salud semejantes, que deben ser atendidos por tecnologías y recursos específicos, según una estratificación de riesgos, podrá hacer un manejo diferenciado de personas y grupos con riesgos similares.

El conocimiento profundo de la población cubierta por un sistema de atención de salud es el elemento básico para instituir la atención basada en las necesidades de salud de la población. La estratificación de esa población en subgrupos permite identificar y registrar usuarios con necesidades similares, fundamental en las RAS, porque en lugar de tener una atención única para todos los usuarios, por medio de los estratos de riesgo se pueden definir los tipos de atención y su concentración relativa para cada grupo en las directrices clínicas. De esa manera, los afectados por condiciones crónicas de menor riesgo reciben atención centrada en tecnologías de autocuidado apoyado y con foco en la APS, mientras que aquellos que tienen condiciones de riesgo alto y muy alto requieren más atención profesional, con mayor concentración de cuidados del equipo de salud y la participación de la atención especializada.

4. Nivel 1 del modelo de atención de las condiciones crónicas

El nivel 1 incorpora las intervenciones de promoción de la salud para toda la población, en relación a los factores sociales determinantes intermedios de la salud, por medio de intervenciones intersectoriales. Como se observa en la figura 4, ese primer nivel constituye la base del modelo que tiene a la población total como centro de las intervenciones y los factores sociales intermedios determinantes de la salud como su objeto. La asociación entre los factores determinantes sociales intermedios y la salud deben ser constantemente monitoreadas. Por eso, en ese primer nivel, es necesario que los órganos de vigilancia en salud estén capacitados para realizar la vigilancia de esos factores corrientemente.

Para incidir sobre los factores determinantes intermedios, es necesario superar muchos obstáculos, para lo cual se necesita trabajo intersectorial. Eso es lo que se expresa en el primer nivel de la figura 4, cuando se proponen intervenciones de promoción de la salud para la población total.

5. Nivel 2 del modelo de atención de las condiciones crónicas

En este nivel 2 se incorpora la prevención de las condiciones de salud^b en subgrupos de población en riesgo, mediante intervenciones sobre los factores sociales determinantes proximales de la salud relativos a los comportamientos y estilos de vida, entre ellos, el tabaquismo, la dieta, el exceso de peso, la actividad física y el consumo excesivo de alcohol. Los factores sociales proximales determinantes de la salud que se derivan de comportamientos y estilos de vida se consideran factores de riesgo, que son potencializados por los factores determinantes sociales intermediarios y distales.

Aunque el trabajo preventivo sea importante en el plano individual, no es fácil concretarlo. Además de las dificultades inherentes al cambio de comportamiento humano, faltan buenos instrumentos para ayudar a provocar esos cambios. Así es que, en la prevención de las condiciones de salud y en el autocuidado apoyado, frecuentemente se han utilizado intervenciones basadas en diversas teorías psicológicas o de comportamiento, que no se excluyen entre sí. Uno de los modelos más aplicados para facilitar los cambios de comportamiento y estilo de vida corresponde a la teoría de etapas de cambio, que propone que el comportamiento cambia en etapas secuenciales, que van desde la falta de motivación hasta un nuevo comportamiento sostenido (Cuadro 6).

Cuadro 6. Etapas de cambio y los incentivos al cambio

Etapa de cambio	Incentivos al cambio
Precontemplación: no hay interés en cambiar en los próximos seis meses.	Aumento de la conciencia de la necesidad de cambiar a través de la información.
Contemplación: se consideran los riesgos y beneficios del cambio, pensando en él como salida.	Lista de elementos a favor y en contra del cambio, y búsqueda de apoyo para el cambio.
Preparación: planificación del cambio y construcción de opciones; intención de comenzar a actuar dentro de un mes.	Elaboración de un plan de acción que defina los pasos, plazos e incentivos.
Acción: los cambios ocurren y los nuevos comportamientos aparecen modificando la conducta problemática.	Elaboración de metas a corto plazo y construcción de la capacidad de resolver los problemas que podrán surgir durante el proceso de cambio.
Mantenimiento: los nuevos comportamientos continúan con confianza creciente y se superan las barreras; los cambios persisten de seis meses a cinco años.	Paciencia, persistencia y concienciación acerca de la necesidad de cambio.
Recaída: regreso al comportamiento anterior.	Comprensión de las causas de la recaída, aprendizaje y superación.

Fuentes: Prochaska JO y DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 51: 390-395, 1983.

^b Se utiliza la expresión prevención de condiciones de salud y no prevención de enfermedades, porque se pueden prevenir, por ejemplo, el embarazo y otras condiciones que no son enfermedades.

Otra técnica importante que se puede utilizar en la atención de las condiciones crónicas es la entrevista motivacional. Esta consiste en un abordaje dirigido, focalizado, para alcanzar determinados resultados relacionados con el comportamiento. Utiliza distintas técnicas, tales como psicoterapias breves, terapia centrada en la persona, terapia cognitiva y terapia sistémica. Se apoya en una concepción de cambio que articula la importancia de este con la confianza para hacerlo efectivo.

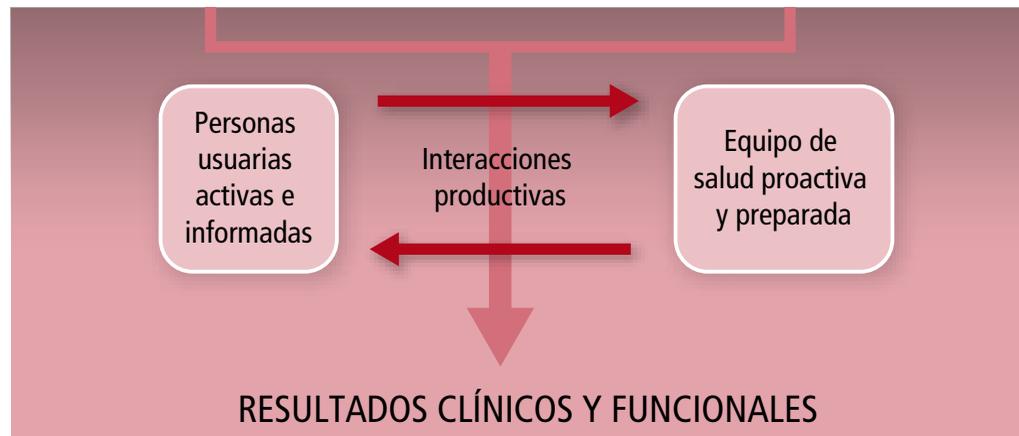
IV. CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y GESTIÓN DE LA CLÍNICA

1. Una nueva clínica: cambios en la atención de la salud

En la sección anterior, se trató el primer nivel de atención, es decir, la promoción de la salud, con intervenciones sobre los factores determinantes sociales intermediarios de la salud y su segundo nivel, de prevención de las condiciones de salud con intervenciones sobre los factores determinantes sociales proximales, relacionados con comportamientos y estilos de vida. En la presente sección se analizan las actividades de los niveles tercero, cuarto y quinto, correspondientes a los factores determinantes individuales y de riesgo biopsicológico y las condiciones de salud ya establecidas.

Para tener éxito en el manejo de las condiciones crónicas, se requiere modificar radicalmente la forma en que se producen los encuentros clínicos entre equipos y profesionales de salud, según se ilustra en la figura 5, ya que la consulta médica de corta duración, hasta ahora la base de la atención sanitaria en los sistemas fragmentados, fracasó.

Figura 5. Atención de salud según el modelo de atención crónica



Fuente: Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1:2-4, 1998.

Los cambios en la atención de salud deben producirse en ocho dimensiones principales: atención prescriptiva y centrada en la enfermedad y atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia; atención no programada y atención programada; atención por un solo profesional y atención multidisciplinaria; atención médica especializada y atención médica general; atención presencial y atención no presencial; atención individual y atención en grupo; atención profesional y atención por personal lego, y atención profesional y autocuidado apoyado.

Atención prescriptiva y centrada en la enfermedad y atención colaborativa y centrada en la familia.

Para consolidar las relaciones productivas entre los equipos de salud y los usuarios debe dejarse atrás la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad e instaurarse una nueva forma de relación denominada atención colaborativa de las condiciones crónicas.

Uno de los fundamentos de la atención centrada en la persona y la familia es la diversidad de las necesidades individuales, especialmente, en la manifestación de la enfermedad y el malestar. En la atención clínica excesivamente orientada a la enfermedad no podrá manejarse el malestar, a pesar de que es una queja muy común en la práctica clínica cotidiana.

Entre las críticas más importantes a los sistemas fragmentados está la falta de participación de los individuos con condiciones crónicas como agentes de su salud, lo cual genera quejas de los usuarios que sienten que el equipo de salud no los escucha. Por otra parte, la atención de salud prescriptiva y centrada en la enfermedad es frustrante para los profesionales de salud, especialmente los de la APS, porque ejercen poco control sobre su trabajo y están permanentemente presionados por metas de productividad y estresados por la falta de variedad en su práctica clínica cotidiana.²²

La interacción productiva consiste en el cuidado colaborativo, basado en evidencia, que atiende las necesidades de salud de los usuarios con la participación de la familia. Abarca: la evaluación del estado de salud, de las habilidades y del grado de confianza para el autocuidado; la atención personalizada y estructurada en directrices clínicas; el plan de cuidado elaborado en conjunto por el equipo de salud y el usuario, con metas e instrumentos de solución de problemas acordados, y el monitoreo activo y colaborativo del plan de cuidado.

La atención centrada en la persona y en la familia funciona con cuatro conceptos clave: dignidad y respeto, intercambio de información, participación y colaboración. El primero, dignidad y respeto, se refiere a que los equipos de salud escuchen y respeten el punto de vista y decisiones de los usuarios, e incorporen en los planes de cuidados

sus conocimientos, valores, creencias y características culturales. El intercambio de información se trata de la comunicación y el traspaso de información completa y no tendenciosa y de forma positiva entre el equipo de salud y los usuarios. La información que reciban los últimos debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud. El tercer concepto es el de participación, que exige que los usuarios reciban estímulo y apoyo para participar en la toma de decisiones en todos los niveles de atención de salud. La colaboración se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud para desarrollar, implementar y evaluar los programas de salud y la prestación de los servicios.

La atención centrada en la persona y la familia implica que los usuarios de los sistemas de atención de salud tengan derechos y deberes que deben definirse y explicitarse en las cartas de los usuarios. La Organización Panamericana de la Salud ha publicado los derechos y deberes de los usuarios de la atención sanitaria.²³

Atención no programada y programada

Un segundo cambio fundamental para lograr una interacción productiva entre los equipos de salud y los usuarios de los sistemas de atención de salud es la búsqueda de equilibrio entre la atención de salud no programada y la programada. La forma de responder socialmente a las condiciones agudas y crónicas a través de los sistemas de atención de salud es lo que marca la diferencia entre la atención programada y no programada.

La respuesta a las condiciones agudas y a los eventos agudos de las condiciones crónicas debe darse a través de la atención no programada, porque, generalmente, no es posible prever cuando surgirá un evento agudo. La respuesta no programada es inherente a las condiciones y los eventos agudos y justifica que haya puntos de atención de salud en una red de atención de urgencias. Asimismo, la agudización en las condiciones crónicas debe tratarse como evento agudo, y su ocurrencia debe entenderse, en la mayoría de los casos, como un evento centinela que señala una falla del sistema de manejo de las condiciones crónicas.

La atención no programada debe dedicarse a atender las condiciones y eventos agudos imprevistos. Ese tipo de atención es absolutamente necesario y los sistemas de salud deben estar apropiadamente diseñados para atenderlos. Sin embargo, en situaciones de agudización de las condiciones crónicas, su participación debe ser mínima.

Por lo general, los sistemas de atención de salud fragmentados tienen un desequilibrio entre la atención no programada y la programada, en el cual se favorece la primera. Eso es natural, porque los sistemas están básicamente estructurados para controlar condiciones y eventos agudos.

Cuando la atención de las condiciones crónicas se da predominantemente a través de respuestas discretas y no programadas, en unidades de emergencia ambulatoria u hospitalaria, inevitablemente se produce el fracaso sanitario y económico de los sistemas de atención de salud. Como consecuencia, las políticas para aumentar el número de unidades de urgencia desconectadas de los esfuerzos para mejorar la atención de las condiciones crónicas, especialmente en la APS, son ineficaces.

Es cierto que en las redes de atención de urgencia, en circunstancias bien definidas, hay espacio para establecer unidades de emergencia ambulatoria; no obstante no hay evidencia de que tales unidades puedan disminuir el tiempo de espera y mucho menos que puedan mejorar significativamente la situación de las condiciones crónicas de salud. Por el contrario, hay pruebas de que mejorar las RAS es lo que permite alcanzar esos objetivos y atender eficazmente a los usuarios con urgencias menores, que constituyen la gran mayoría de las personas en situación de urgencia. La retención de esas personas en menor riesgo en las unidades de APS es una precondition de la organización de la atención de urgencia en el nivel secundario y terciario.

Atención monoprofesional o multidisciplinaria

Una tercera transformación necesaria para lograr la interacción productiva entre el equipo de salud y los usuarios en la atención de las condiciones crónicas es el cambio de la atención monoprofesional, centrada en el médico, por la atención multidisciplinaria.

Según Bodenheimer y Laing,²⁴ la consulta médica de 15 minutos, como elemento central de la atención de salud en los sistemas fragmentados, no funciona, y debe reemplazarse por otras estrategias que requieren atención de salud multidisciplinaria. Esto se debe a que la atención centrada en la consulta médica de corta duración no puede responder adecuadamente a las condiciones agudas y crónicas ni sirve para manejar las múltiples condiciones de salud. En consecuencia, tampoco puede promover la interacción productiva entre médicos y usuarios de los sistemas de atención de salud.

Hay dos estrategias para resolver ese problema sin prescindir de la consulta médica. La primera, conocida como la estrategia del portero, consiste en reducir el número de usuarios de responsabilidad de cada médico. Ella tiene dos obstáculos insuperables: la escasez de médicos, principalmente de APS, y los costos. La segunda estrategia, y la más viable, que podría denominarse de complementación, se trata de utilizar un equipo de salud multidisciplinario que interactúe con los médicos y pueda asumir parte de la responsabilidad de la consulta en la APS.²⁵ En otras palabras, la complementación no consiste en aumentar el tiempo de la consulta médica, sino en agregar tiempo de atención por otros profesionales que integran un equipo multidisciplinario de salud.

La atención multidisciplinaria, además de incluir profesionales diversos que trabajan conjuntamente, requiere crear un espíritu de cuerpo, para lo cual los diferentes profesionales deben establecer y compartir una visión común y aprender a resolver problemas mediante la comunicación, de modo que puedan maximizar las habilidades particulares de cada uno. Las tareas de la atención deben distribuirse de acuerdo con las competencias y las áreas de interés de cada miembro del equipo.

En gran parte, la división de tareas entre los miembros de los equipos de salud debe estar, definida en las directrices clínicas. Sin embargo, es necesario que haya una planificación previa de cada función clave de la atención, en la que cada miembro del equipo tenga la suya bien clara. Para ello hay que utilizar una planilla de distribución de tareas que ha de construirse conjuntamente entre todos los miembros del equipo (Cuadro 7). Generalmente, se proponen las tareas clínicas, pero pueden planificarse también las logísticas.

Cuadro 7. Distribución de funciones y tareas del equipo de salud

Función	Médico	Personal de enfermería	Auxiliar de enfermería	Agente comunitario de Salud	Px*	Py*	Pz*
Tarea 1							
Tarea 2							
Tarea 3							
Tarea 4							
Tarea n							

*Otros profesionales.

Fuentes: Mendes EV. E análise de tarefas no desenho de programas de saúde. Montes Claros, IPPEDASAR, 1973; Improving Chronic Illness Care. The chronic care model. Disponible en <http://www.improvingchroniccare.org>. Consultado en septiembre de 2008

Hay que tener claro que un equipo de salud de la familia fuertemente centrado en el trabajo del médico y el enfermero no logra generar resultados sanitarios positivos en relación a las condiciones crónicas. Ha llegado la hora de incluir a otros profesionales (farmacéuticos clínicos, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas y nutricionistas) como miembros orgánicos de los equipos de PSF, y no solamente como personal de apoyo.

Atención médica especializada y atención médica general

Un cuarto cambio para mejorar la interacción entre los equipos de salud y los usuarios tiene por objeto modificar las relaciones entre médicos especialistas y médicos generales; los primeros, con mayor frecuencia dan atención secundaria y terciaria y los segundos, en la APS. La existencia de médicos especialistas y generales obedece a

los principios de la división técnica del trabajo, que exige competencias y habilidades diferentes según el tipo de médico.

Los médicos que practican la APS deben tolerar la ambigüedad, porque muchos problemas no pueden codificarse según una nomenclatura estandarizada de diagnóstico; deben saber relacionarse con los usuarios en ausencia de una anomalía biológica, y deben ser capaces de manejar varios problemas simultáneamente, muchas veces en ausencia de una etiología o patogénesis. El médico de APS se orienta a resolver problemas y está formado para responder a las manifestaciones más frecuentes de esos problemas.

Los especialistas, por su parte, generalmente ven la enfermedad en etapas más avanzadas o dado que tratan determinados problemas con mayor frecuencia, pueden dar servicios de mayor calidad en su especialidad, pero no están tan bien preparados para tratar con síntomas o enfermedades vagos ni con servicios preventivos o con el autocuidado, lo que lleva a una pérdida de calidad de la atención de salud.

Esas diferencias entre el trabajo de médicos generales y especialistas afectan su formación. Los primeros, a diferencia de los segundos, deben ser formados y educados en unidades de APS y por educadores con conocimiento y experiencia en ese nivel de atención. Por lo tanto, un buen sistema de atención de salud, estructurado en forma de RAS, debe buscar una relación óptima entre los médicos especialistas y los médicos de APS.

Atención presencial y no presencial

Un quinto cambio importante para lograr atención de salud productiva consiste en buscar un equilibrio entre la atención profesional presencial y la no presencial. No se trata de analizar aquí las herramientas del telesalud utilizadas en un contexto más amplio, sino de determinar la posibilidad de aumentar las consultas no presenciales realizadas por los equipos de salud, especialmente por teléfono o correo electrónico.

Las consultas no presenciales, en determinadas situaciones, pueden lograr tan buenos resultados como las presenciales, especialmente cuando se trata de monitorear las condiciones crónicas. Por ejemplo, estudios realizados en el Reino Unido, en los que se comparó el monitoreo telefónico de 278 pacientes con asma con el monitoreo presencial cara a cara mostró que el primero llegó a un número mayor de personas y tuvo los mismos resultados sanitarios e igual satisfacción de los usuarios.²⁶ En consecuencia, debería buscarse una combinación adecuada de consultas profesionales presenciales y no presenciales, y un aumento relativo de las consultas por teléfono y correo electrónico.

Atención individual y en grupo

Para mejorar la interacción entre los equipos de salud y los usuarios de los sistemas de atención de salud será necesario lograr una relación adecuada entre consultas profesionales individuales y grupales. Estas últimas se han adoptado como una manera de superar los problemas de la atención de salud monoprofesional centrada en la consulta médica de corta duración.

Como su nombre lo indica, la consulta en grupo no atiende a un individuo, y por lo general, tampoco es atendida por un único profesional. Atiende a grupos de personas y cuenta con la participación de varios profesionales del equipo de salud, equipo que facilita un proceso interactivo de atención mediante reuniones periódicas de grupos de usuarios con una determinada afección crónica.

La planificación de la consulta en grupo debe ser minuciosa y realizarse por lo menos dos meses antes de comenzar las consultas. Deberá incluir la definición de los objetivos de las consultas grupales, que pueden ser: aumentar la satisfacción de los usuarios y del equipo de atención de salud; alcanzar los patrones óptimos definidos en las directrices clínicas y establecer un sistema de monitoreo. Asimismo, habrá que realizar una reunión preparatoria del equipo de salud antes de la primera sesión. La información acerca de cada participante del grupo se revisará y compartirá, al igual que la función de cada miembro del equipo en la consulta. También habrá que adecuar el espacio físico y contar con los insumos apropiados.

Las principales normas de funcionamiento de la consulta en grupo son: fomentar la participación de todos; dar opinión de forma abierta y honrada; preguntar si no se entiende la discusión; tratar a todos los participantes con respeto y compasión; escuchar atentamente a los otros; dar tratamiento confidencial a la información compartida en el grupo; ser objetivo, para que el trabajo pueda comenzar y finalizar en el tiempo programado, y estar presente en todas las sesiones planificadas.

Atención profesional y por legos

Las actividades realizadas por grupos de aproximadamente 15 usuarios con condiciones crónicas conducidas por un individuo lego afectado por la misma condición, que puede considerarse un usuario experto, contribuyen también a la productividad de la atención de salud.

El usuario experto se selecciona de un grupo de personas con una misma afección crónica que actúa como facilitador de las sesiones grupales. La selección es hecha por

el equipo de salud a través de entrevista y observación y con criterios tales como empatía, interés en ayudar, motivación, habilidad de comunicación, interés en el trabajo voluntario y capacidad de autocuidado. El criterio fundamental es que esos facilitadores hayan experimentado los problemas de la afección en cuestión y, por lo tanto, tengan autoridad para interactuar con otras personas que están pasando por lo mismo. El usuario experto recibe una capacitación como facilitador de grupos, a cargo del equipo de salud. Los grupos son de 10 a 15 de personas con la misma condición de salud.

Además de los programas de atención por usuarios expertos, hay otros modelos de redes facilitadoras de la atención de salud. Son grupos de personas con una determinada afección que se reúnen para conocer e intercambiar información con “personas como yo”. Eso les permite comparar la evolución de sus condiciones de salud, el progreso del tratamiento y comunicar y aprender unos de otros. El caso más conocido es el de Alcohólicos Anónimos, pero hay otras experiencias.

Atención profesional y autocuidado apoyado

Finalmente, para mejorar la interacción entre los equipos de salud y los usuarios hay que introducir el autocuidado apoyado. En las condiciones crónicas, la atención es una combinación de cuidados profesionales y autocuidado apoyado, que varía según la estratificación de riesgo de la condición de salud. De 65% a 80% de las personas con condiciones crónicas, las de menor riesgo, pueden aplicar el autocuidado apoyado y prescindir de la atención constante de un profesional, especialmente del médico. El autocuidado apoyado está basado en el principio de que las personas con condiciones crónicas conocen su condición y sus necesidades de atención tan bien como los profesionales de salud.

El autocuidado apoyado se define como la prestación sistemática de servicios educativos e intervenciones de apoyo para aumentar la confianza y habilidad de los usuarios de los sistemas de atención de salud en el manejo de sus problemas, incluye el monitoreo regular de las condiciones de salud, el establecimiento de metas y el apoyo para solucionar esos problemas.²⁷ Los principales objetivos del autocuidado apoyado son dar conocimientos y habilidades a las personas con afecciones crónicas para que conozcan su problema; decidir y escoger su tratamiento; adoptar, cambiar y mantener comportamientos que contribuyan a su salud; utilizar los recursos necesarios para apoyar el proceso de cambio y superar las barreras al mejoramiento de su salud.²⁸ Esto no significa traspasar la responsabilidad del problema exclusivamente a los afectados. Para que el autocuidado sea eficaz, la persona con la condición crónica debe tener apoyo de la familia, los amigos, las organizaciones comunitarias y, especialmente, del equipo multidisciplinario de atención de la salud.

Algunos pilares del autocuidado son la información y la educación, la elaboración y el monitoreo de un plan de autocuidado y material de apoyo. La educación para el autocuidado generalmente está a cargo de los equipos de salud o de pares, y tiene por objeto que las personas conozcan más profundamente su afección crónicas para manejarla mejor.

El plan de autocuidado tiene por objeto identificar los cambios que habrá de realizar la persona afectada; describir qué, dónde, cuándo, cuánto y con qué frecuencia se darán los cambios; determinar y hacer una lista de las barreras a esos cambios y de las estrategias para superarlas; evaluar el grado de confianza de las personas para cumplir las metas, y documentar y monitorear esas metas.

El plan de acción debe contener qué hacer, dónde, cuánto, cuándo y con qué frecuencia. Ejemplo del qué: caminar; dónde, en el barrio; cuánto, 15 minutos al día; cuando, temprano por la mañana, y con qué frecuencia, todos los días. Es fundamental que el plan de acción incorpore el grado de confianza de la persona en su cumplimiento, que se debe escribir y colocar en un lugar visible, y luego revisar semanalmente con el fin de adecuarlo a las posibilidades reales de la persona.

Para poner en marcha el autocuidado apoyado, algunas veces será necesario disponer de recursos materiales. Es el caso de los medicamentos y equipamientos de salud. No obstante, lo más significativo es movilizar los recursos comunitarios que existen en clubes, iglesias, escuelas, asociaciones de personas con condiciones crónicas y otros movimientos sociales.

2. Gestión de la clínica

Particularidades de los sistemas de atención de salud

Los sistemas de atención de salud presentan algunas características que los diferencian de otros sistemas sociales complejos. Esas particularidades de los sistemas de atención de salud y de las leyes y principios universales que los rigen están en la base de un movimiento que caracteriza la gestión de salud en el inicio del Siglo XXI, que se manifiesta por el desplazamiento de la gestión de medios hacia la gestión de fines y, en consecuencia, por el desarrollo y aplicación de la gestión de la clínica. Así, los modelos de atención de las condiciones crónicas, además de hacer un llamamiento a una nueva clínica, exigen una nueva gestión, la de la clínica.

Las particularidades más expresivas de los sistemas de atención de salud son las económicas y las organizacionales y los principios y leyes que, en parte, se derivan de

ellas. En el presente documento solo se tratan las dos primeras. Leyes y principios se describen en detalle en el capítulo 4 del libro que aquí se resume.

Singularidad económica de los sistemas de atención de salud

A diferencia de la demanda de otros bienes, la de servicios de salud es irregular e imprevisible, porque está asociada a una amenaza a la integridad personal. Es más, la enfermedad no constituye solo un riesgo, sino que está asociada a un costo, expresado por la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo.

Los servicios de salud constituyen actividades de producción que son idénticas a su producto. La mercadería adquirida no puede ser probada por el consumidor antes de comprarla y ello introduce un elemento de confianza entre prestador y consumidor. El comportamiento de los profesionales de la salud es supuestamente gobernado por su preocupación por el bienestar del consumidor, conducta que no se espera de los vendedores de otros productos.

Hay otras diferencias entre los servicios de salud y otros negocios: en los primeros, la propaganda y la competencia de precios son prácticamente inexistentes; los cuidados indicados por los profesionales de salud supuestamente no estarían afectados por el interés propio y deberían ser orientados por las necesidades de las personas y no limitados por consideraciones financieras. Por otra parte, la asignación de recursos en los sistemas de atención de salud tiene una gran influencia ética y hay gran incertidumbre en relación al producto. La recuperación de una enfermedad es tan imprevisible como su incidencia.

En los sistemas de salud hay asimetría de información entre los profesionales de la salud y las personas que solicitan su atención y ambas partes son conscientes de esa asimetría, que junto con la urgencia de algunos servicios de salud, está en la base de un fenómeno especial de esos servicios: la inducción de la demanda por la oferta. La posibilidad de los profesionales de salud de inducir la demanda está asociada al hecho de que podrán recibir más dinero al ofrecer más servicios. No obstante, puede ocurrir que esos profesionales no reciban incentivos financieros al prestar más servicios. Por eso es que se usan como alternativa sistemas de pago que facilitan la inducción de la demanda por la oferta, como el pago por unidad de servicio o por procedimiento, y los sistemas que la dificultan, como el pago por capitación o por presupuesto global. La inducción de la demanda por la oferta es uno de los elementos que hacen que las medidas de racionalización de la oferta – pago por capitación, revisión de uso, evaluación tecnológica en salud, presupuestos globales, y otras – sean mejores que aquellas de racionalización de la demanda para controlar los costos de los sistemas de atención de salud.²⁹ La forma de determinar los precios no es la habitual, ya que hay una gran discriminación de precios de acuerdo con el ingreso, que puede llegar a ser cero para

los indigentes o usuarios de sistemas públicos. La competencia con base en los precios no es muy frecuente.

Asimismo, en la teoría económica, existe indivisibilidad cuando un bien o servicio que se ofrece sirve de la misma forma a uno o a un sinnúmero de consumidores. Esta es muy importante en los servicios de salud.

Por otra parte, los seguros contra riesgos sanitarios presentan graves problemas en su práctica social, que surge principalmente del hecho de que el seguro es un contrato en el que un tercero, el asegurador, asume los riesgos y está de acuerdo en pagar por los servicios de salud prestados al usuario. Los problemas más importantes de estos seguros de salud son el riesgo moral, la selección adversa y la selección de riesgos. El riesgo moral se refiere a la sobreutilización de los servicios de salud derivado del hecho de tener seguro. La selección adversa se produce predominantemente por la actitud racional de los asegurados y expresa la posibilidad de que ellos tengan costos medios más altos que los que la aseguradora puede pagar. Eso se da porque la cobertura de seguro que adquiere una persona depende del conocimiento de su propia salud y sus propios riesgos.

Por otra parte, con el fin de protegerse de la combinación de bajas primas y costos potenciales elevados, las aseguradoras utilizan la selección de riesgos, es decir, aumentan sus costos administrativos para refinar los mecanismos de control y crean barreras a la afiliación de personas de mayor riesgo o con patologías de alto costo o crean mecanismos para desafiliar a esas personas.

En conjunto, esas características económicas de los servicios de salud llevan a la configuración de un mercado imperfecto. Las fallas, en teoría económica, representan un desequilibrio entre lo que el mercado ofrece y lo que los consumidores racionales, plenamente informados, deberían demandar. A su vez, las fallas de mercado llevan a un desequilibrio entre las necesidades de las personas y la oferta o la demanda de servicios de salud y hacen que la regulación del mercado sea precaria y demande regulación del Estado.

Singularidad organizacional de los sistemas de atención de salud

Las organizaciones de salud son de carácter profesional. Es decir, para su buen funcionamiento, dependen fundamentalmente de sus operadores. El trabajo de producción exige cualificaciones de alto nivel; el mecanismo dominante de coordinación es la estandarización de las cualificaciones; el saber y las habilidades se formalizan mediante el proceso de formación; las normas son definidas por asociaciones profesionales, y debido a la complejidad y a la variabilidad de su trabajo, los profesionales tienen gran libertad para tomar decisiones relativas al tipo y forma de producir los servicios. Como

consecuencia, la función de la estructura gerencial y de centro de decisión es, hasta cierto punto, limitada. Los profesionales necesitan servicios de apoyo, aunque pueden producir casi todo sin los demás componentes de la organización. La autonomía relativa de los profesionales segmenta la organización en distintos grupos de intereses divergentes, lo que hace difícil realizar cambios organizacionales más integrales y el trabajo multidisciplinario.

Como resultado de su organización singular, las instituciones de los sistemas de atención de salud presentan una serie de características: no funcionan con mecanismos de coordinación autoritarios o excesivamente centralizados; deben ser flexibles y adaptables a los cambios externos; la autonomía de los profesionales debe someterse a algún tipo de control, aunque a la vez es una condición necesaria para la oferta de servicios de calidad; la participación de los usuarios en las decisiones es deseable; necesita mecanismos de decisión por consenso y de control de los intereses corporativos, y los profesionales deben trabajar con responsabilidad.

En las organizaciones de atención de salud se toma un número enorme de microdecisiones clínicas, que, debido a las leyes y los principios del sistema de atención de salud, están lejos de ser racionales, especialmente en lo que concierne a la variabilidad de procedimientos ofrecidos a la población. Por esa razón, se crea una contradicción permanente: como organizaciones profesionales, las de atención de salud no pueden controlar demasiado las actividades de sus operadores, pero tampoco los pueden dejar que actúen con total autonomía. De ahí que en la gestión de esas organizaciones siempre habrá algún conflicto entre profesionales-operadores y gerentes de la estructura técnica.

Lo anterior señala la necesidad de contar con una gestión que permita a los profesionales sentirse responsables de los servicios, pero que al mismo tiempo les imponga algún tipo de límite. Por lo tanto, se requiere construir una organización dialógica, en la que los profesionales participen de las decisiones estratégicas y operativas y en la que los instrumentos que limiten la libertad clínica, en la forma de directrices clínicas, sean acordados con los profesionales. En conclusión, la naturaleza de las organizaciones de salud demanda la gestión de la clínica.

Atención clínica gestionada

La atención gestionada se propuso para contrarrestar los problemas de inducción de la demanda por la oferta; del ejercicio de riesgo moral por parte de los usuarios; de la falta de incentivos suficientes a los prestadores para controlar costos, y de los incentivos a la prestación de servicios excesivos. De la combinación de esos elementos resulta una tendencia al aumento de los costos de los sistemas de atención de salud y una cierta incapacidad de oponerse a ella.

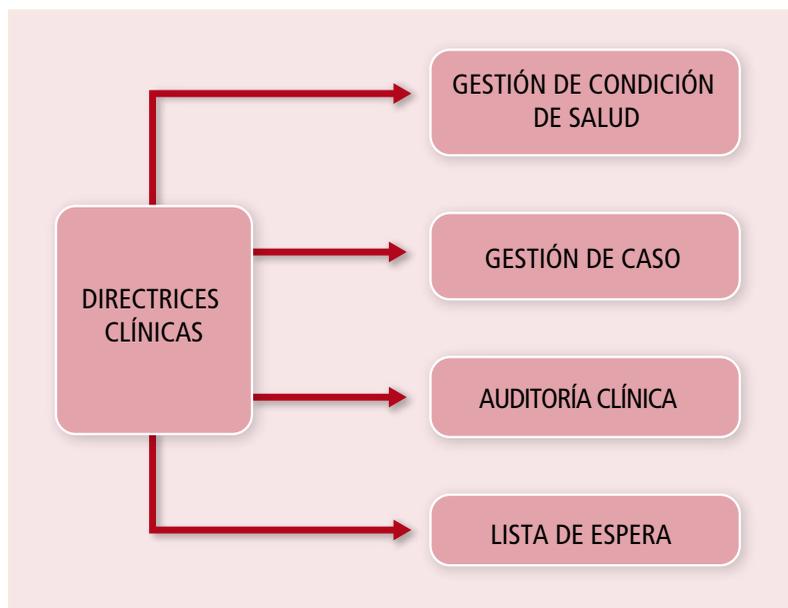
La atención gestionada se caracteriza por una nueva institucionalidad, construida a partir de las organizaciones de mantenimiento de la salud; un sistema de pago prospectivo, que permite repartir los riesgos entre los prestadores de servicios, y la introducción de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud.

No es tarea fácil definir la gestión de la clínica, aunque sus elementos estructurales sean, en gran parte, aquellos presentes en sus dos matrices: la de atención gestionada y la de gobernanza clínica.

La gestión de la clínica corresponde a un conjunto de tecnologías de microgestión, cuyo fin es proporcionar atención de salud de calidad centrada en las personas. Debe ser, además, eficaz y basada en evidencia científica; inocua para los usuarios y los profesionales de salud; eficiente, provista con costos óptimos; oportuna, prestada en el tiempo que corresponde; equitativa, de manera que reduzca las desigualdades injustas, y ofrecida de manera humanizada.^{8,30}

Por lo tanto, la gestión de la clínica está constituida por tecnologías sanitarias que surgen de las tecnologías-madre, es decir, las directrices clínicas, para a partir de ellas desarrollar las tecnologías de manejo de la condición de salud y del caso, auditoría clínica y listas de espera (Figura 6).

Figura 6. Tecnologías de gestión de la clínica



La figura 6 (anterior) muestra cinco tipos de tecnologías de gestión de la clínica: las directrices clínicas, el manejo de la condición de salud, el manejo del caso, la auditoría clínica y la lista de espera.

Directrices clínicas

Las directrices clínicas son recomendaciones sistemáticas que tienen el propósito de influenciar decisiones de los profesionales de salud y de los usuarios respecto de la atención apropiada, en circunstancias clínicas específicas.³¹ Para lograr sus objetivos, las directrices clínicas deben combinar la medicina basada en evidencia, la evaluación tecnológica en salud, la evaluación económica de los servicios de salud y la garantía de calidad.³²

Tipos de directrices clínicas

Las directrices clínicas pueden ser guías o protocolos. Las guías son recomendaciones sistemáticas que tienen por objeto prestar la atención de salud apropiada para una condición de salud determinada, de manera que todo el proceso sea normalizado a lo largo de su historia natural y cubra, por lo tanto, las intervenciones de promoción, prevención, curación, cuidado, rehabilitación y paliación.

Los protocolos clínicos son recomendaciones sistemáticas cuyo objetivo es prestar atención de salud apropiada en partes del proceso de una condición de salud y en un punto de atención de salud determinado. Son documentos específicos, más volcados a las acciones de promoción, prevención, cura, cuidado, rehabilitación o paliación, en los cuales los procesos se definen con mayor precisión y menos variabilidad. Por ejemplo, la normalización de la atención prenatal, el parto y el puerperio, a lo largo de todos los puntos de atención de salud, se hace siguiendo las guías, pero la explicación en detalle del diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis – una parte de todo el proceso – sigue un protocolo clínico.

Función de las directrices clínicas

Las directrices clínicas cumplen cuatro funciones esenciales en los sistemas de atención de salud: gerencial, educativa, comunicacional y legal. La primera surge de la necesidad de controlar la ley de la variabilidad de los servicios de salud, fundamentalmente, por la verificación de la evidencia y su incorporación en las guías o los protocolos clínicos. Además, el uso de directrices clínicas es fundamental para reducir la complejidad de la gestión de la atención de salud mediante la estandarización de procesos, de modo que la administración de la atención de salud sea más viable. La función educativa se refiere a la utilización de directrices clínicas como instrumento de educación

permanente de los profesionales de salud y de educación en salud para los usuarios de los sistemas de atención de salud.

La función comunicacional presupone el uso de directrices clínicas como instrumentos mediante los cuales el sistema de atención de salud, sus profesionales y la población usuaria se comunican entre sí. La función comunicacional también tiene el propósito de garantizar que, dentro de las organizaciones de atención de salud, todas las personas involucradas en la atención sigan las mismas directivas. Por último, las directrices clínicas cumplen una función legal, porque en las cortes de justicia estos instrumentos se utilizan cada vez más como base de las deliberaciones cuando se trata de juicios relacionados con la atención de salud.

Elaboración de directrices clínicas

La elaboración de guías y protocolos clínicos se realiza en distintas fases, que incluyen la elección de la condición de salud, la definición del equipo de elaboración, el análisis de situación de la condición de salud, la búsqueda de evidencia y de directrices clínicas pertinentes, la definición del contenido y su formalización, evaluación, validación, publicación y actualización.

Elección de la condición de salud. Dado su mayor impacto en la carga de enfermedades, hay una tendencia a favorecer el uso de guías clínicas para las condiciones crónicas; no obstante, también es necesario normalizar las guías para las afecciones agudas. La condición de salud debe elegirse por su prioridad para el sistema, que puede determinarse por su magnitud, costo, importancia para los usuarios o para las políticas o instituciones.

El equipo que elaborará la directriz clínica debe ser multidisciplinario. Entre sus miembros habrá médicos generales de la institución y especialistas de dentro y fuera de ella; personal de enfermería; farmacéuticos clínicos; especialistas en apoyo diagnóstico y terapéutico, epidemiología clínica, salud pública y economía de salud; asistente social, y profesional con experiencia en la redacción de directrices clínicas. Algunas organizaciones tienen como norma incluir en los grupos de trabajo a personas afectadas por la condición de salud o grupos que las representan. Los miembros del equipo deben declarar formalmente y por escrito, que su participación no presenta conflicto de interés en relación con el trabajo del grupo.

Análisis de situación de la condición de salud. El primer trabajo del grupo consiste en analizar la forma en que se hace frente a la condición de salud en ese momento en la institución. Desde el punto de vista operativo, habrá que diseñar los flujos de los usuarios en todos los puntos de atención de salud y tomar nota de qué se hace en relación

con esa condición en cada uno de ellos y qué profesionales participan en las tareas. Ese análisis de situación permite identificar los puntos débiles que habrá que reforzar mediante las directrices clínicas.

Búsqueda de evidencia y de directrices clínicas pertinentes. En esta etapa se procurará analizar la mejor evidencia publicada en la bibliografía nacional e internacional, especialmente revisiones sistemáticas y metaanálisis. Además, habrá que considerar los costos. Así, frente a dos alternativas tecnológicas igualmente eficaces, debe recomendarse la de menor costo o de mayor costo-eficacia. Dada la abundancia de directrices clínicas disponibles en la bibliografía internacional, vale la pena considerar adaptar las existentes, para evitar duplicar el trabajo.

Diferencia de contenido entre guías y protocolos. Una característica esencial de las guías es su especificidad según grado de riesgo, que necesariamente abarca la estratificación de los riesgos y la normalización del trabajo en cada estrato singular. Por ejemplo, una guía de atención prenatal y parto debe tener en cuenta que debe diferenciarse la atención de las gestantes con riesgo normal de las de alto riesgo. La estratificación de riesgos es fundamental por varias razones: la clasificación de los usuarios en categorías de condiciones de salud sirve para proponer intervenciones específicas que den buenos resultados; permite realizar estudios epidemiológicos y de evaluación económica.

Los protocolos clínicos por su parte normalizan parte del proceso de atención de la condición de salud en un único punto de la atención. Por ejemplo, puede elaborarse un protocolo clínico para el tratamiento farmacológico antilipídico para pacientes con altos índices de colesterol en la APS.

Formalización de las directrices clínicas. Una vez obtenida la evidencia y organizados los flujos, debe redactarse el documento de la guía o el protocolo clínico. La forma del documento es muy importante para comunicar mejor su contenido a los profesionales de salud. El lenguaje debe ser claro y definir todos los términos con precisión. Ayuda mucho que las directrices clínicas estén organizadas en algoritmos, respaldados por gráficos comprensibles para los lectores.

Validación y evaluación de las directrices clínicas. Para que sean eficaces, las directrices clínicas deben pasar por un proceso de validación interna y externa, que es importante para garantizar que el instrumento de normalización sea aceptado y posteriormente utilizado. La validación interna se realiza por consenso dentro de la organización. De ser posible, la validación externa debe obtenerse a través de la manifestación explícita de sociedades corporativas temáticas. Después de ser validadas, las directrices clínicas deben ser evaluadas, para lo cual hay varios instrumentos.

Publicación de las directrices clínicas. Una vez validadas, las directrices clínicas deben ser publicadas. La publicación debe tener una diagramación adecuada, que la haga fácil de usar y debe utilizar material de calidad, para que resista su consulta frecuente. La tirada de imprenta debe ser suficiente para poderla distribuir a todos los profesionales de salud que la van a utilizar. Cada profesional debe utilizar la directriz clínica como base para su práctica cotidiana, es decir, debe tenerla a su disposición en el lugar de trabajo. Se recomienda también su publicación electrónica.

Actualización de las directrices clínicas. Cuando aparece evidencia nueva con mucha frecuencia, es prudente revisar y actualizar los instrumentos de normalización periódicamente.

Aplicación de las directrices clínicas. Las principales barreras a la aplicación de las directrices clínicas son estructurales (por ejemplo, la ausencia de incentivos financieros); organizacionales; individuales (relativas a conocimientos, habilidades y actitudes) y problemas de relaciones entre profesionales de salud y usuarios. Por lo tanto, la aplicación de directrices clínicas debe hacerse mediante una combinación de diferentes estrategias, ya que no basta con publicar y distribuir el documento a los profesionales para obtener buenos resultados.

Evidencia en relación al uso de las directrices clínicas. Las directrices clínicas basadas en evidencia han mostrado ser un buen instrumento para definir qué intervenciones deben ofrecerse como parte de un servicio de calidad y para señalar intervenciones ineficaces o peligrosas, reducir la variabilidad de los procedimientos médicos y mejorar la comunicación entre las organizaciones de salud. Asimismo, constituyen una referencia necesaria para la auditoría clínica, especialmente para las tecnologías de gestión de la utilización de los servicios y para la estandarización de los servicios. Asimismo, las directrices clínicas aumentan la eficiencia económica del sistema de atención de salud y su introducción permite racionalizar las tasas de estancia hospitalaria, la utilización de medicamentos, las tasas de cirugía y los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico.³³

Manejo de la condición de salud

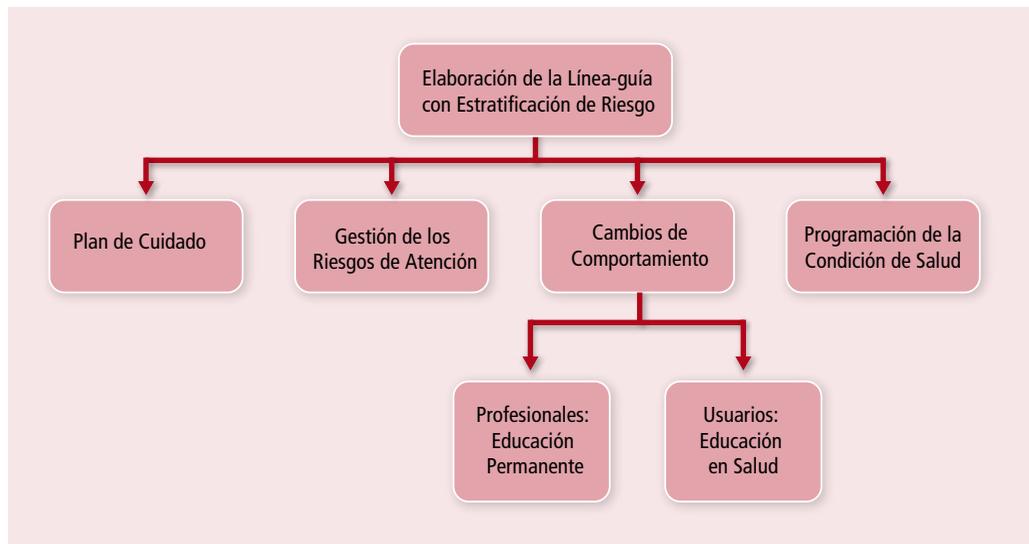
Aquí utilizamos la expresión manejo de la condición de salud y no la más frecuente en la bibliografía internacional, gestión de la enfermedad, porque la primera engloba también la gestión de condiciones como el embarazo, el seguimiento de personas mayores, niños y adolescentes, que no son enfermedades, pero que sí son condiciones crónicas.

El manejo de la condición de salud puede definirse como el proceso de atender un factor de riesgo biopsicológico o una determinada condición de salud ya establecida, mediante un conjunto de intervenciones gerenciales, educativas y de cuidado, con el

objeto de lograr buenos resultados clínicos, reducir los riesgos para los profesionales y para los usuarios y contribuir a la eficiencia y calidad de la atención de salud. Ese manejo abarca, además de los factores mencionados, la condición de salud estratificada por riesgos. De acuerdo con el modelo de la pirámide de riesgo, se separan las condiciones de riesgo bajo y mediano de las de riesgo alto y muy alto. Esto se justifica porque los diferentes niveles se manejan clínicamente de manera diferente y la concentración de trabajo profesional y del autocuidado apoyado es distinta.

El manejo de la condición de salud se ha considerado un cambio radical en el abordaje clínico, porque transforma un modelo que consta de un único profesional, que responde a un enfermo a través de procedimientos curativos, de cuidado y rehabilitación en un abordaje basado en una población adscrita, en la que los factores de riesgo biopsicológicos y las condiciones de salud ya establecidas se afrontan mediante estrategias centradas en la estratificación de riesgos y en la atención basada en la población (Figura 7).

Figura 7. Manejo de la condición de salud



El manejo de la condición de salud es una tecnología especialmente indicada para las condiciones crónicas que necesitan atención duradera y en diferentes puntos de una RAS. Su abordaje se dirige a una población determinada y, por lo tanto, es una tecnología que tiene como precondition el conocimiento una población adscrita objeto de las intervenciones y la relación constante con ella en cuanto a una condición de salud determinada. O sea, presupone que la población se conoce mediante un sistema

de información con capacidad de registrar los casos por condición de salud y por los riesgos de esa condición.

El instrumento básico para el manejo de la condición de salud es la guía de atención de esa condición, ya que en ella se definen las medidas que se tomarán en cada punto de atención sanitaria y su relación con los sistemas de apoyo de los procesos curativos, de cuidado, rehabilitadores y paliativos.

Según se observa en la figura 7, el manejo de la condición de salud se estructura en cuatro grandes componentes: plan de cuidado, manejo de los riesgos de la atención sanitaria, cambios de comportamiento de los profesionales de salud y usuarios y programación de la atención.

El plan de cuidado para cada usuario del sistema de atención de salud es esencial. En algunos casos, abarcará su contexto familiar y red de apoyo social. El plan es elaborado conjuntamente por el equipo de salud y cada usuario, e incluye metas que habrá que cumplir en plazos determinados. Este plan tiene varias fases: el diagnóstico físico, psicológico y social; la explicación detallada de las intervenciones de corto, mediano y largo plazos y la definición de responsabilidades entre el equipo multidisciplinario; la elaboración conjunta de las metas que se propone cumplir con los pasos para alcanzar esas metas; la identificación de los obstáculos para lograr las metas, qué hacer para superarlos y el apoyo y los recursos necesarios para ello; el establecimiento del nivel de confianza del usuario para alcanzar sus metas, y el monitoreo conjunto de las metas a lo largo del tiempo.

Con respecto al manejo de los riesgos, uno de los problemas centrales de los sistemas de atención de salud es que pueden causar daño a los usuarios y a los equipos de salud (p. ej., por falta de estándares de bioseguridad), los que pueden ser consecuencia de errores o eventos adversos. Por lo tanto, la gestión de los riesgos se estructura a partir del principio hipocrático, es decir, lo primero es no causar daños. Reconoce también que los errores y los eventos adversos son resultados acumulativos de problemas que surgen de la forma en que se organizan los procesos y de los ambientes físico y social en que se otorga la atención de salud.

Los cambios de comportamientos de los profesionales de salud y de los usuarios en relación con el manejo de la condición de salud requieren procesos educativos potentes. En el caso de los primeros, se usan métodos adecuados de educación permanente. En lo que concierne a los usuarios, se utilizan procesos de educación en salud. La educación permanente de los profesionales de salud debe evolucionar de una educación tradicional para transformarse en procesos de educación permanente contemporáneos. Esta exige un cambio estructural en las organizaciones sanitarias, que deben

ver esa función como la principal inversión en sus activos. Consecuentemente, la institución debe proveer los recursos financieros y los medios educativos necesarios para alcanzar tal objetivo y, por lo tanto, considerar que el tiempo dedicado a la educación es parte de la carga horaria contratada y tiempo protegido.

El cambio de comportamiento de los usuarios de los servicios se logra mediante actividades de educación en salud. Los usuarios de los sistemas de atención de salud deben apropiarse de las directrices clínicas relacionadas con su condición. Por lo tanto, comunicadores y educadores deben traducir las directrices clínicas a un lenguaje adecuado para los usuarios, y transmitir las por medios apropiados.

Tener buenas directrices clínicas es una condición necesaria, pero no suficiente para una buena gestión de la clínica. Disponer de directrices clínicas en la Internet o impresas, pero no implantarlas a través de procesos educativos potentes para profesionales de salud y usuarios es pérdida de tiempo y recursos.

Gestión de caso

La gestión de caso es el proceso cooperativo que se desarrolla entre el profesional a cargo del caso, el paciente con una condición de salud muy compleja y su red de apoyo social, para planificar, monitorear y evaluar las opciones de cuidado y de coordinación de la atención de salud, de acuerdo con las necesidades de la persona.

Los objetivos de la gestión de caso son proporcionar una atención de calidad, humanizada, capaz de aumentar la capacidad funcional y de preservar la autonomía individual y familiar. Asimismo, mediante la gestión de caso se deben defender las necesidades de los usuarios y de sus familias y mejorar su grado de satisfacción; estimular la adhesión a los cuidados recomendados en las directrices clínicas; ajustar los servicios provistos a las necesidades de salud; asegurar la continuidad del cuidado en la RAS; reducir los efectos adversos de las intervenciones médicas; mejorar la comunicación entre profesionales de salud y usuarios de los servicios; mejorar la comunicación y la colaboración en el equipo de profesionales de salud; reducir la permanencia en las unidades de salud, sin afectar la calidad; mejorar la calidad de vida de los usuarios y su autonomía; estimular el autocuidado; monitorear los planes de tratamiento, la rehabilitación y las acciones paliativas; ayudar a los usuarios y a sus familias a acceder al punto de atención de salud adecuado; evaluar las altas de los servicios, y prevenir las hospitalizaciones sociales.

La gestión de caso corresponde al nivel 5 de las intervenciones sanitarias (véase la figura 3), es decir, aquella destinada a los usuarios con condiciones de salud muy complejas.

La gestión de caso está a cargo de un gestor, por lo general un miembro del personal de enfermería o asistente social. Esa es la forma más común de la propuesta denominada de no interferencia, en la que el gestor de caso coordina la atención, se encarga de la movilización de los recursos y monitorea los resultados, sin involucrarse directamente en la prestación de servicios. La función principal del gestor del caso es la defensa de la persona afectada por una condición crónica muy compleja, su familia y su red de apoyo social. Esa función, en relación a la persona y su familia, trata de: defender sus intereses; empoderarlas para el autocuidado y autonomía; facilitar la comunicación con los prestadores de servicios, y coordinar el cuidado en toda la red de atención.³⁴

Un buen gestor de caso debe conocer la naturaleza de los servicios que proporciona toda la red asistencial; también debe ser buen negociador y comunicador hábil. Este profesional se hace responsable de una persona por la duración de la condición crónica de salud y juzga sus necesidades de atención de salud y la calidad de los servicios ofrecidos y recibidos. Asimismo, le incumbe coordinar la atención, para lo cual utiliza todos los servicios y todas las instituciones que componen la RAS, y determinar el nivel adecuado de la prestación de los servicios. También debe verificar si el plan de cuidado es apropiado y se cumple.

La gestión de casos tiene varias etapas,^{35,36} de las cuales la primera es la selección del caso, que consiste en determinar qué usuarios de los sistemas de atención de salud deben ser objeto de la gestión de caso. En general, las personas que necesitan de la gestión de caso son las que presentan condiciones crónicas muy complejas, toman múltiples fármacos; presentan problemas de alta de los servicios; no cumplen bien con las intervenciones que se les prescribieron; son afectadas por daños catastróficos; son objeto de eventos centinela; tienen problemas familiares o socioeconómicos graves o no tienen redes de apoyo social. Otras personas a tener en cuenta son las que viven solas; los adultos mayores débiles; las que han tenido internaciones hospitalarias recurrentes o tienen disturbios mentales graves; las que presentan evidencias de algún tipo de abuso; los mendigos, y las personas en situación de pobreza extrema.

A la selección del caso sigue la identificación del problema, para lo cual es necesario compilar el máximo de información posible sobre la persona que será objeto de la gestión de caso. Ese momento comienza con una entrevista. En caso de que el paciente no esté en capacidad de comunicarse, se utilizan fuentes secundarias, especialmente el sistema de apoyo social: cónyuge, otros miembros de la familia, cuidadores, y otros. En esta etapa, la evaluación de la capacidad para el autocuidado es fundamental, al igual que la evaluación de las condiciones de vida, especialmente las vinculadas al ambiente familiar y al domicilio (p. ej. presencia de escaleras, disponibilidad de teléfono, etc.).

Si al momento de identificar el problema se puede decidir adónde llegar, la elaboración y puesta en marcha del plan de cuidado definen la mejor manera de alcanzar los objetivos propuestos para el manejo del caso. Para preparar el plan de cuidado, el gestor del caso deberá decidir lo que se necesita hacer; cómo hacerlo; quién dará los servicios necesarios; cuándo se alcanzarán los objetivos, y dónde se prestará el cuidado. Es fundamental que el usuario y su familia (u otros) participen en la elaboración del plan de cuidado, ya que este constituye un acto solidario entre ellos y el gestor del caso. La meta final de la gestión de caso es la calidad de la atención de salud y el uso eficiente de los recursos, de modo de dar máxima autonomía a las personas. Para alcanzar esa meta final, habrá que priorizar las necesidades y los objetivos, lo que puede generar conflicto entre las propuestas del gestor del caso y las expectativas de la persona o su familia.

Una vez priorizadas las necesidades y los objetivos, hay que detallar las intervenciones previstas en el plan de cuidado; para ello se requiere un buen conocimiento de la RAS, con las características específicas de cada punto de atención y de los sistemas de apoyo, incluidos los de la comunidad. Es, aquí, en la puesta en práctica del plan, que el gestor de caso ejerce su función de coordinación de la atención de salud, con el fin de garantizar la prestación de la atención adecuada, en el lugar correcto, con la calidad necesaria, a un costo apropiado y de forma humanizada.

El monitoreo del plan de cuidado debe ser constante para determinar si se están cumpliendo los objetivos y si es necesario hacer ajustes a las intervenciones propuestas. El monitoreo puede ser presencial o por teléfono o correo electrónico. Otra función del monitoreo es verificar si las necesidades de la persona y su familia han sido satisfechas.

Los resultados positivos de la gestión de caso ya son reconocidos: evita problemas potenciales al adoptar medidas preventivas; evita las urgencias por agudización de la condición crónica; disminuye el número de hospitalizaciones innecesarias; evita las hospitalizaciones sociales; provee un contacto duradero y humano con las personas, y controla las intervenciones médicas para reducir los eventos adversos.

Auditoría clínica

La auditoría a veces se refiere a la evaluación de la calidad de la atención; otras veces tiene un sentido más amplio que abarca la evaluación de la calidad de la atención y de los cambios de la práctica de salud para mejorar la atención. En todo caso, la auditoría clínica debe entenderse en el contexto de la garantía de la calidad de la atención de salud. Tiene dos características esenciales: se dirige a los usuarios de los sistemas de atención de salud y se desarrolla en un ambiente cultural de mejoramiento de la eficacia clínica, con el objeto de lograr resultados clínicos óptimos.

La auditoría clínica se impone en función de la particularidad de organización de los sistemas de atención de salud. Las organizaciones profesionales trabajan en una tensión permanente entre gerentes y profesionales y uno de los instrumentos para atender ese conflicto es la auditoría clínica, porque permite trabajar con estándares objetivos y transparentes. Además, el principio de la variabilidad de las prácticas de salud exige que se instituya el control de la utilización de los servicios de salud; esta es una de las funciones centrales de la auditoría clínica, por lo cual también se la considera instrumento de control de los costos y de la oferta de servicios de salud.

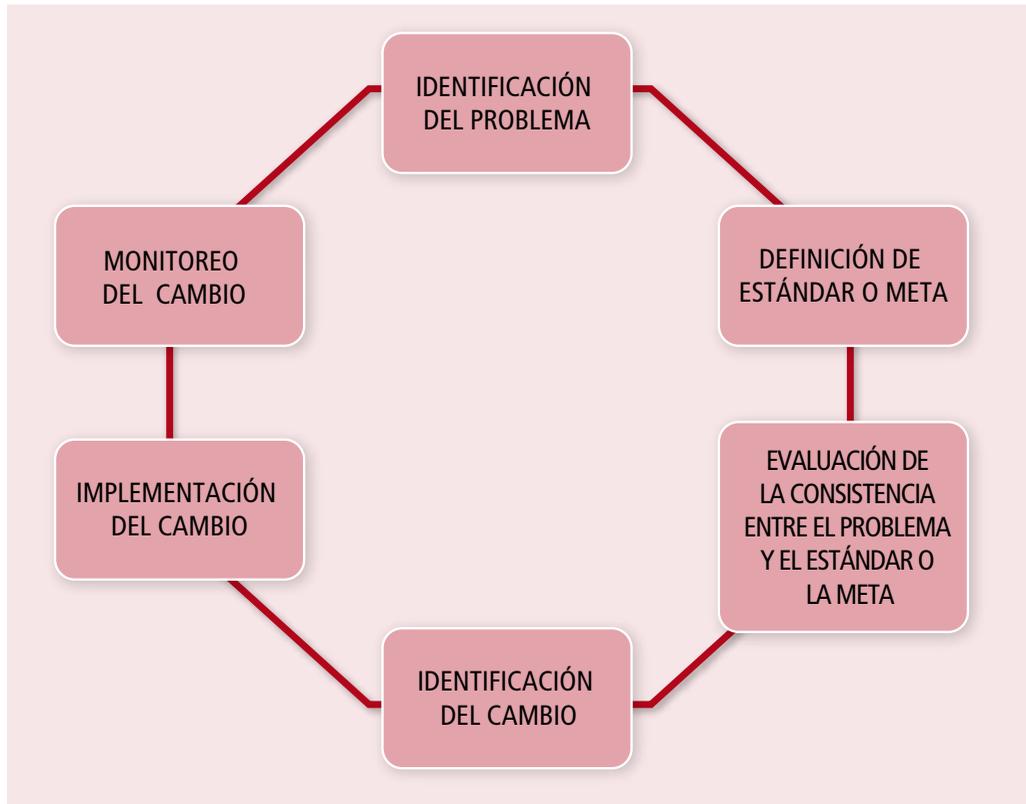
La auditoría clínica puede categorizarse según su concentración, su método, su naturaleza y su temporalidad. Según su concentración, puede clasificarse en genérica, que evalúa la calidad de una unidad de salud o de parte de ella; la específica, que evalúa la calidad de un procedimiento clínico determinado, y la profesional, cuando se evalúa la calidad de la atención proporcionada por un profesional determinado o por un grupo profesional.

Desde el punto de vista metodológico, hay tres tipos principales de auditoría clínica:³⁷ la implícita, que consulta la opinión de expertos para evaluar la práctica de la atención de salud; la explícita, que evalúa la atención prestada en comparación con criterios predefinidos, especialmente en directrices clínicas, y la que depende de eventos centinela, que parte de la premisa que la ocurrencia de ciertos eventos es inaceptable, ya que son marcadores de fallas sistémicas de la atención de salud que, cuando se investigan, llevan a plantear una propuesta para mejorar la calidad de todo el sistema.

En cuanto a su naturaleza, las auditorías clínicas pueden ser: monoprofesionales, cuando son realizadas por uno o más auditores de la misma formación, por lo general médicos, o multidisciplinarias, cuando son realizadas por un grupo de auditores de formación mixta.

Metodología de la auditoría clínica

La manera convencional de representar la auditoría clínica es en un ciclo, ilustrado en la figura 8. La base operativa de ese ciclo es la comparación de la práctica clínica corriente con un estándar normativo excelente. Si el servicio prestado no alcanza el estándar normativo, habrá que hacer cambios para mejorar su calidad.



La experiencia ha demostrado que la fase más crítica del ciclo de la auditoría clínica es la instauración y el monitoreo de los cambios, que muchas veces no se toma en cuenta en los métodos tradicionales de auditoría de salud.

Hay varias tecnologías para realizar auditorías clínicas. Las más comunes son la de revisión de la utilización, el perfil clínico, las presentaciones de caso, los eventos adversos o centinelas y las encuestas.

La revisión de la utilización de los procedimientos clínicos puede hacerse de manera prospectiva, concomitante o alternativa, retrospectiva, de segunda opinión o de revisión por pares. Es importante tener en cuenta que esta revisión es para casos individuales. En la forma prospectiva, los objetivos se establecen por anticipado, y la evaluación se hace en relación con esos objetivos. En la revisión concomitante o alternativa se compara la atención en el momento en que se presta con estándares predeterminados o con la opinión de otro profesional de salud reconocido por su competencia. En la revisión retrospectiva se comparan los procedimientos a los que fue sometido el paciente

y que constan en su historia clínica con un estándar normativo predefinido. La segunda opinión obligatoria se usa para confirmar si ciertos procedimientos, especialmente cirugías, están indicados correctamente o si hay opciones más costoeficaces que se puedan utilizar.

El perfil clínico es similar a la revisión de la utilización, pero usa información agregada en vez de casos individuales. Consiste en un análisis estadístico y monitoreo de datos para obtener información que permita evaluar el carácter apropiado de la atención de salud. Se compara el proceder de un grupo de profesionales de salud con un estándar de excelencia derivado, en general, de las directrices clínicas o de las prácticas institucionales.

La presentación de casos abarca la revisión de casos individuales en sesiones clínicas. Tiene la ventaja de su ser muy sencilla, y la desventaja de que solamente puede evaluarse un pequeño número de casos a la vez y el proceso es altamente subjetivo.

La revisión de eventos adversos y eventos centinela se basa en la gestión de los riesgos de la atención de salud. Por ello, cada vez se utiliza con más frecuencia esta revisión, que consiste en auditar la atención de salud de poca calidad o sus efectos adversos. También se pueden evaluar todos los eventos centinela que ocurren en un sistema de atención de salud. En este tipo de auditoría, la aparición de un evento centinela (p. ej. un caso de sífilis congénita) exige una respuesta inmediata, para identificar y superar fallas sistémicas más amplias.

Por último, las encuestas son evaluaciones de lo que está ocurriendo o ha ocurrido en un período determinado. Aunque sea posible detectar la presencia de un problema mediante una encuesta, es difícil determinar la causa de ese problema, que exige, por lo general, otros tipos de evaluación.

Listas de espera

Los sistemas públicos universales de atención de salud presentan, como una debilidad estructural, el largo tiempo de espera de los pacientes para procedimientos en los que la demanda excede la oferta. Los tiempos de espera constituyen hoy en día el principal problema de los sistemas de atención de salud en muchos países y para reducirlos es necesario intervenir la oferta y la demanda. Con respecto a la oferta, es fundamental aumentar el número de intervenciones y la productividad de los servicios, por ejemplo mediante la realización de cirugías electivas en consulta ambulatoria o con el ofrecimiento de incentivos para aumentar la oferta. En cuanto a la demanda, se pueden adoptar políticas de reducción de las necesidades con mejoras en la APS y de racionalización de la demanda con el establecimiento de criterios de estratificación de riesgos.

Para que las listas de espera funcionen adecuadamente deben cumplir dos condiciones esenciales: la transparencia y el ordenamiento por necesidad de los usuarios. La lista de espera puede considerarse una tecnología que regula el uso de servicios en determinados puntos de la atención de salud, ya que establece criterios de ordenamiento por necesidades y riesgos y promueve la transparencia.

3. Aplicación del modelo de atención de las condiciones crónicas

La implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas puede hacerse de varias maneras, pero se sugiere que sea por procesos de cambio deliberados, respaldados por tecnologías de educación potentes.

La concepción básica del proceso contempla una combinación de expertos en temas clínicos con especialistas en gestión, con el fin de buscar cambios significativos, reconociendo que los procesos educacionales convencionales no generan cambios. Para lograr cambios es necesario llevar a cabo un proceso de aprendizaje más o menos largo, que articule talleres presenciales estructurados por principios educativos sólidos de capacitación de adultos con períodos de dispersión a continuación de los talleres.

4. Evaluación de las redes de atención de salud

La fragmentación y la integración no se presentan en la práctica social como una variable dicotómica. Así, entre un sistema totalmente fragmentado y una red totalmente integrada hay niveles de integración diferentes.

Hablar de la integración de los sistemas de atención de salud conlleva un conjunto de abordajes que pueden connotar coordinación, cooperación o integración a través de los sistemas de atención de salud. Por esa razón se busca desarrollar una taxonomía de la integración de esos sistemas que permita hacer un análisis de la etapa en que se encuentra la integración de una RAS. La integración puede darse en configuraciones estructurales complejas y diferentes, que reflejan los diferentes entornos y momentos sociales de los sistemas de atención de salud.

La Organización Panamericana de la Salud tiene una propuesta de evaluación de las RAS que va desde una situación hipotética de absoluta fragmentación de los servicios hasta otra, también hipotética, de absoluta integración, para definir como posibilidades reales, por lo menos, tres niveles de integración: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados y sistemas integrados.³⁸

REFERENCIAS

- ¹ World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.
- ² Mendes, EV. Uma agenda para saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª. Ed., 1999.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo, 2003: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
- ⁴ Frenk, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006.
- ⁵ World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
- ⁶ Singh, D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- ⁷ World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
- ⁸ Mendes, EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- ⁹ Ham C, et al. Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007.
- ¹⁰ Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Commission on Social Determinants of Health, 2006. Ooms G, et al. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? Globalization and Health, 4: 6, 2008.
- ¹¹ Upeklar M y Raviglione MC. The “vertical-horizontal” debates: time for the pendulum to rest (in peace)? Bull of the World Health Organization, 85: 413-414, 2007.
- ¹² Ooms G, et al. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? Globalization and Health, 4: 6, 2008.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata. OMS, Ginebra, 1978.
- ¹⁴ Marin N, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 2003.
- ¹⁵ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência farmacêutica no SUS. Brasília, CONASS/Ministerio da Saúde, Coleção Progestores, 2007.
- ¹⁶ Gomes CA, et al. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte, Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.
- ¹⁷ Rondinelli DA, Ed. Governments serving people : the changing roles of public administration in democratic governance. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

- ¹⁸ Leat P, et al. Organizational design. In: Shortell SM and Kaluzny A (Eds.). Health care management: organization design and behavior. New York, Delmar Publishers, 2000.
- ¹⁹ Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1:24, 1998.
- ²⁰ Dahlgren G and Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.
- ²¹ Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.
- ²² Improving Chronic Illness Care. The chronic care model. Disponible en <http://www.improvingchroniccare.org>. Consultado en septiembre de 2008.
- ²³ Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC, HSS/IHS. Serie La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas, 2010.
- ²⁴ Bodenheimer T y Laing BY. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.
- ²⁵ Bodenheimer T. Transforming practice. *New England Journal of Medicine*, 359:2086-2089, 2008.
- ²⁶ Pinnock H, et al. Outcomes based trial of an inpatient nurse practitioner service for general medical patients. *J. Eval. Clin. Pract.* 7: 21-33, 2001.
- ²⁷ Institute of Medicine. Priority areas for national action: transforming health care quality. Washington, DC., The National Academies Press, 2001.
- ²⁸ Morrison S. Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville, National Health Care for the Homeless Council, 2007.
- ²⁹ The economics of health reconsidered. Chicago, Health Administration Press, 1998.
- ³⁰ Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC. The National Academies Press, 2001.
- ³¹ Institute of Medicine. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC., The National Academies Press, 1990.
- ³² Eddy D. Practice policies, what are they? *JAMA*, 263: 877-880, 1990.
- ³³ Woolf SH, et al. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318: 527-530, 1999.
- ³⁴ Mullahy CB. The case manager's handbook. Maryland, Aspen Publ., 1998.
- ³⁵ Alliot SL. Case management of at-risk older people. In: Cochrane D. Managed care and modernization: a practitioners guide. Buckingham, Open University Press, 2001.
- ³⁶ Powell SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia, Lippincott Williams & Williams, 2000.
- ³⁷ Berwick DM and Knapp MG. Theory and practice for measuring health care quality. In: Graham NO (Ed.). Quality assurance in hospitals. Rockville, Maryland, Aspen, 2nd ed. 1990.
- ³⁸ Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: integración de programas prioritarios de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.

