

METODOLOGÍA PARA LA CARACTERIZACIÓN DE UNA RED DE SERVICIOS DE SALUD Y SU APLICACIÓN EN EL CONTEXTO ECUATORIANO

Methodology for characterization of a health service network and its use in the Ecuadorean context

Pedro López Puig,¹ Liuba Alonso Carbonell,² Ana Julia García Milian,³ Ana Caridad Serrano Patten⁴ y Laura B. Ramírez León⁵

RESUMEN

Introducción La Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud propuesta por OPS/OMS con el objetivo de contribuir al desarrollo de sistemas sanitarios basados en Atención Primaria de Salud como estrategia, es parte de la respuesta al desafío de la fragmentación presente en el contexto latinoamericano.

Objetivos Construcción y validación de una metodología que permite diagnosticar las fallas en la integración de una red de servicios de salud y basado en ello, elaborar la Hoja de Ruta hacia la integración en un contexto particular.

Métodos Investigación de desarrollo que permitió elaborar una metodología para ser aplicada en dos fases: una diagnóstica y otra de diseño de intervención. En la

ABSTRACT

Introduction The PAHO/WHO Initiative for the Integrated Health Service Networks with the objective of contributing to the development of Primary Health Care-based health systems is part of the response to the challenge of fragmentation existing in the Latin American scenario.

Objectives Creation and validation of a methodology to diagnose failures in the integration of a health service network, and thus to prepare the way to attain this goal.

Methods A developmental research work that allowed creating a methodology to be applied in two stages: one diagnostic and the other as intervention design.

¹ Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Asistente.

² Doctora en Medicina. Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Promoción y Educación para la Salud. Centro Para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

³ Doctor en Medicina. Especialista de II Grado en Farmacología. Máster en Economía de la Salud. Investigador Auxiliar. Centro Para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.

⁴ Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Asistente.

⁵ Doctor en Medicina. Consultora de Sistemas y Servicios de Salud. Representación OPS/Ecuador.

primera fase se utilizaron técnicas de la investigación cualitativa para caracterizar una red de servicios de salud y en la segunda, con la aplicación de técnicas de planificación estratégica, se hizo el diseño de la hoja de ruta para la integración. Ambas fases se desarrollaron en regiones ecuatorianas.

Resultados Se presentan los pasos para la elaboración de la metodología en sus dos fases, los instrumentos utilizados y la construcción del Índice de Integración de una red de servicios.

Conclusiones Se propone una metodología que permite caracterizar, evaluar e intervenir en una red de servicios de salud, para mejorar los niveles de integración alcanzados en un momento dado.

Palabras clave: Integración, redes, servicios de salud, fragmentación de redes de servicios, hoja de ruta, Ecuador.

INTRODUCCIÓN

Los antecedentes de esfuerzos en la Región de Las Américas, para intervenir y reducir la fragmentación de los servicios de salud y así avanzar hacia la entrega de cuidados integrales para todos sus habitantes (nótese que se considera aquí la integralidad en la prestación como un resultado de la integración), se pueden encontrar en el artículo VII de la Declaración de Alma-Atá (1978),¹ el artículo III de la Declaración de Montevideo sobre la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en la América (2005),² el párrafo 49 de La Agenda de Salud para Las Américas 2008-2017 (Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007), y el párrafo 6 del Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud (2007).³

La respuesta, al desafío de la fragmentación de los servicios de salud y a los mandatos señalados anteriormente, ha sido la “Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud” propuesta por OPS/OMS,⁴ con el propósito de contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.⁵ Se establece aquí también, como puede observarse, una relación directa entre la integración como proceso y el logro de objetivos en salud deseables como resultado derivado.

No obstante los esfuerzos realizados por los países de la Región, el desafío de instituir servicios de salud más accesibles e integrales continúa siendo más una aspiración que un imperativo para la mayoría de los países de Las Américas.

En tal sentido se hace necesario apropiarse a los países de la Región de una herramienta metodológica que permita

The first stage used qualitative techniques to characterize a health service network whereas the second one applied strategic planning techniques to make the design of a Road Map. Both phases were developed in Ecuadorean regions.

Results The steps for the creation of the two phases of methodology, the instruments used and the construction of a health service network integration index were presented.

Conclusions A methodology for the characterization and evaluation of and the intervention in a health service network was presented in order to improve the levels of integration reached at a given time.

Key words: Integration, networks, health services, health service fragmentation, route, Ecuador.

caracterizar las redes de servicios de salud en su contexto e identificar el momento de integración en que se encuentra una red de servicios de salud ya sea local, regional o nacional. Esta metodología debe permitir, adicionalmente, la construcción de la Hoja de Ruta para la integración de las redes de servicios en el marco de sistemas de prestadores múltiples o de prestador único. Es por ello que se realiza este trabajo que pretende presentar una propuesta metodológica que permita la caracterización y construcción de la hoja de ruta. Se menciona el ejemplo de su aplicación en el contexto del Ecuador.

MÉTODOS

La investigación clasifica como de desarrollo. Se construyó una metodología para ser aplicada en dos fases: una diagnóstica y otra de diseño de intervención (Hoja de Ruta). La fase diagnóstica o primera fase, permitió identificar, en una red de servicios dada, los atributos y componentes necesarios para la integración (anexo). Se determinó, para un contexto particular, la importancia atribuida a cada uno para la integración de la red y el nivel de integración que alcanzaron entre sus distintos componentes estructurales y de proceso de acuerdo a la percepción de las unidades de análisis seleccionadas. En esta fase se utilizaron técnicas de la investigación cualitativa.

En la segunda fase, de intervención, se propone un procedimiento para el diseño de la Hoja de Ruta para la integración a partir de la aplicación de técnicas de planificación estratégica.⁵

Para la aplicación de la fase diagnóstica en las regiones exploradas del territorio del Ecuador, se realizó una validación, por criterios de *Moriyama*⁶ a todos los atributos y componentes propuestos originalmente lo que permitió adecuar los instrumentos de medición al contexto de país.

Las dos fases de la propuesta metodológica, fueron aplicadas en la Región Norte (región 1) y Sur (región 7) de Ecuador a los prestadores públicos que incluyen: el

Ministerio de Salud Pública Ecuatoriano (MSP), el Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS), el Instituto Ecuatoriano del Seguro de las Fuerzas Armadas y el Instituto Ecuatoriano del Seguro de la Policía Nacional. Se tomó en cuenta que los prestadores públicos del Ecuador dan atención de salud al 80 % de la población.⁷ El marco de oportunidades estuvo dado por el proceso de transformación del sector de la salud en el Ecuador y su consistencia con los postulados constitucionales y de la Ley de Salud del país.

La aplicación de la primera fase, diagnóstica, se realizó en cada una de las provincias que pertenecen a las regiones a explorar (cinco provincias en la región 1: Esmeraldas, Ibarra, Coca, Sucumbios y Orellana y tres provincias en la región 7: Loja, Zamora, El Oro). Se aplicaron los instrumentos adicionalmente a una representación de funcionarios de la sede central de cada uno de los prestadores públicos en Quito.

RESULTADOS

Propuesta metodológica

Nombre: Metodología para el diagnóstico del nivel de integración de una red de servicios de salud y diseño de Hoja de Ruta hacia la integración.

Fase diagnóstica (primera fase)

Para obtener la información se propone aplicar un muestreo de casos críticos, lo que permitió elegir los casos más representativos en materia de información, que son aquellos de los cuales puede extraerse conclusiones de relevancia en relación con aspectos centrales a los propósitos de la investigación. En cada caso se aplicarán instrumentos a muestras de directivos y prestadores.

Se tomarán en cuenta los siguientes criterios para la selección de las muestras. Cada grupo estará constituido por no menos de 10 personas que cumplan los siguientes requisitos generales:

1. Experiencia de trabajo de más de un año en la red de servicios a investigar.
2. Buenos resultados en el trabajo (directivos y prestadores) según los reportes de auditorías y controles realizados.
3. Disponibilidad objetiva y subjetiva a participar en el ejercicio.
4. En el caso de los líderes comunitarios deben tener reconocido prestigio en sus áreas respectivas así como compromiso comunitario.
5. La participación debe ser totalmente voluntaria.

La selección de la muestra de directivos y prestadores sigue la lógica de la diferencia de perspectiva en la visión de la integración de la red de servicios, dada por las particularidades de la actividad laboral.

Para la selección muestral se puede solicitar la cooperación de las direcciones provinciales de salud. Las

regiones incluidas en el estudio serán seleccionadas dado el marco de oportunidad que garantice voluntad política, decisión administrativa de los involucrados y financiamiento para dar sostenibilidad a las medidas propuestas en la Hoja de Ruta.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se presentan y socializan, ante el grupo muestral, conceptos y contenidos relevantes relacionados con la temática. Este proceso durará aproximadamente 1 h y se apoyará en medios audiovisuales y personal con experiencia en la gestión, dirección o manejo de redes de servicios de salud. Como segundo paso, se realiza una explicación detallada de la forma de llenado de los instrumentos. En todo momento se prestará especial atención, por parte del responsable del ejercicio, a las dudas que pudieran aparecer en el auditorio tanto individual como colectivamente, se velará en todo momento por tener un intercambio técnico sobre la temática. Es importante disponer de un local que permita la realización eficiente de los diferentes pasos propuestos tanto en dimensiones como de luminosidad y privacidad para los grupos de trabajo. Dado el supuesto que la integración de la red de servicios es un proceso deseable por todas las partes pero, paralelamente, cada parte tiene intereses a conciliar, se solicita total independencia de criterio para el llenado de los instrumentos.

Finalizada la parte teórico-explicativa se divide el grupo muestral en dos: un grupo de directivos y un grupo de prestadores.

Cada grupo trabajará independiente del otro y no se permitirá el intercambio entre los mismos. Sí se permitirá el intercambio de dudas y aclaraciones hacia el interior de los grupos pues esto puede propiciar la búsqueda de soluciones y mecanismos de aprendizaje colectivo sobre el funcionamiento y características de la red en particular, así como para generar soluciones a problemas de índole subjetiva que afectan la integración de la red. Los participantes del ejercicio dispondrán de 2 h para dar respuesta a los instrumentos

Se aplicarán tres instrumentos:

1. Instrumento para la identificación de la presencia de atributos y componentes

Este instrumento está destinado a determinar la presencia de los atributos y sus componentes en las redes de servicios de salud dentro del contexto donde se desarrolla el ejercicio. Se considerará presente cualquier componente o atributo que esté concebido desde el diseño de la red de servicios hasta su implementación plena y desarrollo posterior. Solo se considerarán ausentes aquellos que no estén concebidos ni siquiera en el diseño de la red explorada.

La ausencia de algún componente de atributo no excluye que se considere importante o poco importante para el entrevistado. En caso de ausencia de un componente de atributo o atributo, no es necesario definir, en el tercer instrumento, su nivel de fragmentación pues se

considerará, automáticamente, fragmentado. Se permiten propuestas de nuevos atributos o componentes de la integración para ser incluidos en la red de servicios explorada, siempre que haya consenso de inclusión en más del 50 % de los participantes en el ejercicio.

Para el procesamiento de los datos se obtiene el porcentaje del total de respuestas para cada atributo y componente de acuerdo al total de encuestados. Se considerará válida para cada categoría (*presente-ausente*) aquella respuesta que obtenga más del 50 % de las respuestas posibles.

2. Instrumento para la Ponderación de Atributos y Componentes

Este instrumento estará dirigido a ponderar, en una escala ordinal de importancia, los atributos y sus componentes. Para la ponderación, se incluyen en el instrumento 2 niveles posibles de importancia que deberán ser señalados por cada encuestado: *Importante* y *Poco importante*.

Para el procesamiento de los datos se obtendrá el porcentaje del total de respuestas para cada atributo y componente de acuerdo al total de encuestados. Se considerará válida, para cada categoría (*importante-poco importante*), aquella respuesta que obtenga más del 50 % de las respuestas posibles.

3. Instrumento para la determinación del nivel de integración

La determinación del nivel de integración de los atributos y sus componentes se realizará en cada grupo siguiendo el mismo procedimiento anteriormente descrito. Se utilizará una escala ordinal con tres opciones (Sistema Fragmentado, Sistema Parcialmente Integrado, Sistema Integrado). Se utilizarán, para su análisis y discusión posterior, elementos teóricos sobre la temática.

Se propone realizar, como actividad complementaria, visitas a la red de servicios que se explora para contrastar la información teórica con elementos de proceso visualizados en la práctica. Se socializarán, previa entrega de los instrumentos, con los participantes en el ejercicio, los criterios para la determinación del nivel de integración de la red.

Las técnicas y procedimientos para el procesamiento de los datos son:

Primero: se tomará en cuenta el nivel de integración que le otorga cada uno de los encuestados al atributo evaluado, asignando a cada respuesta un puntaje entre 0 y 2:

- Fragmentado: 0
- Parcialmente integrado: 1
- Integrado: 2

Segundo: se calculará el puntaje máximo a obtener para cada atributo de acuerdo al total de encuestados de

forma colectiva (puntaje ideal) y se determinará el puntaje real que se obtuvo para cada atributo y cada componente.

Se obtendrá el porcentaje del total de respuestas para cada atributo y sus componentes de acuerdo al total de encuestados. Se considerará válida, para cada categoría (Sistema Fragmentado, Sistema Parcialmente Integrado, Sistema Integrado), aquella respuesta que obtenga más del 50 % de los puntos posibles.

Construcción del Índice de Integración de una Red de Servicios

Se calculará el Índice de Integración para cada atributo (IA); el índice de integración del atributo según sus componentes (IC) y el Índice General de Integración (IGI) de cada provincia evaluada.

$$\text{Para el cálculo del IA} = \frac{\text{Puntaje obtenido para cada atributo}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener}} \quad (1)$$

Para el cálculo de IC:

Se calcula el Índice de Integración por componente (IPC)

$$\text{IPC} = \frac{\text{Puntaje obtenido en cada componente}}{\text{Puntaje máximo posible a obtener para cada componente}} \quad (2)$$

$$\text{IC} = \frac{\text{IPC}}{\text{Total de componentes del atributo}} \quad (3)$$

$$\text{Para el cálculo del IGI} = \frac{\text{Sumatoria del puntaje obtenido para cada atributo}}{13} \quad (4)$$

Se podrá calcular de este modo el IGI para cada red que se explore y el IGI global de un territorio dado.

Se establece por consenso entre los participantes en el ejercicio un nivel de aceptabilidad en cuanto a los niveles de integración que exhibe una red particular, para los valores obtenidos en el cálculo de los índices mayor de 0,5, considerando que un valor superior a 0,5 (más del 50 % de los posibles puntos a obtener) indicaría que el progreso en la integración de la red para el atributo, sus componentes o de la totalidad de la red se encuentra en un momento, del continuo fragmentación integración, favorable. Se considerará el momento de integración no favorable para índices menores de 0,5.

Para la realización de la evaluación final para cada atributo y la evaluación final global, conjuntamente al análisis cuantitativo se realizará una triangulación teórica que implica la aplicación de varias perspectivas en la interpretación de los datos. Para esto, se tendrán en cuenta -además del puntaje obtenido- la importancia conferida por los encuestados a cada uno de los componentes y los atributos, su presencia o ausencia en las redes de servicios de las zonas estudiadas y el nivel de integración atribuido a cada uno de los ítems evaluados.

Diseño de la Hoja de Ruta (segunda fase)

Se debe realizar un taller con especialistas de los representantes nacionales de la red explorada y un taller con los representantes de las regiones o redes específicas diagnosticadas.

Los talleres deben aportar:

- Información teórica sobre el tema de Redes Integradas de Servicios de Salud a los participantes.
- Espacio de intercambio práctico de acuerdo al contexto específico de las redes exploradas y sus singularidades con los participantes.
- Construcción operacional de definiciones para cada área clave (atributo) y componente.
- Información sobre los resultados de la fase diagnóstica.

Los objetivos a vencer en el taller son:

- Construcción de la Misión y Visión de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Priorización de problemas identificados en la fase diagnóstica a partir de la técnica de ranqueo u otra que se considere.
- Planificación estratégica utilizando el Cuadro de Mando.

DISCUSIÓN

El estudio de la integración en los sistemas de salud y, particularmente, la integración de sus redes de servicios de salud; comienza a ser un espacio particular interesante para la investigación en sistemas y servicios de salud, lo que justifica la necesidad de realizar propuestas metodológicas para su abordaje.

Se propone, para establecer una base conceptual común, un grupo de constructos relevantes, que permiten la investigación de la integración como proceso de un sistema sanitario y/o su red de servicios de salud.

Comenzaremos por el término “red” que, en su concepción genérica, hace referencia a un conjunto de entidades (objetos, personas y otros) conectadas entre sí. Por lo tanto, una red permite que circulen elementos materiales o inmateriales entre estas entidades, según reglas bien definidas.

Por su parte *Elina Dabas*, fundadora y directora de FUNDARED, una fundación para el Desarrollo y la Promoción de las Redes Sociales; la define como “un sistema abierto que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que posee”. Este concepto es interesante, introduce el elemento de ganancia en la eficiencia en el uso de los recursos, que las redes pueden producir.

Existen varias maneras de observar el fenómeno de las redes sociales, pues estas vienen dadas por diversas circunstancias dentro de una misma organización, ya sean, por filiación, por conocimiento, por contexto o por de-

manda.⁸ Esta área conceptual hace referencia a los tipos de relaciones que se establecen entre los individuos que operan en las redes, para nuestro estudio, redes de servicios de salud. Por último, se ha planteado por la red de servicios de salud mental y psiquiatría de Chile que: “El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes”.

Un área de precisiones conceptuales gira alrededor del concepto: servicios de salud. Para los fines de esta investigación, “aquellos integrados por personal de salud en forma directa o por otras personas bajo la supervisión de estas; con los propósitos de promover, mantener y/o recuperar la salud”⁹

Finalmente, se considera un sistema integrado de redes de servicios de salud aquel con “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.^{10,11}

La Organización Mundial de la Salud define por su parte la integración, como la “gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.¹² Este concepto trasciende la función “prestación” al considerar la integración en un sistema sanitario, e introduce el tema de la “gestión” como componente importante a considerar. Otro componente del concepto, se relaciona con el continuo de servicios de salud que deben recibir las personas ante un problema sanitario. Lo que implicaría de facto una integración que abarque las funciones de prestación, gestión-dirección y financiamiento del sistema en el momento de solucionar problemas de salud de diversa complejidad.¹³

La literatura describe un grupo de relaciones entre el nivel de integración de una red de servicios de salud y la calidad de la asistencia que se brinda a problemas sanitarios de la más variada índole, que vuelven interesante una aproximación de la investigación salubrista al tema. Un grupo de efectos indeseables como consecuencia de una práctica no integrada (fragmentada) en las redes de servicios a la salud, justifican la inversión en tiempo y recursos en este tema entre los que destaca, como causa importante del bajo desempeño de los servicios de salud y por ende, del bajo desempeño general de los sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos, y la baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.^{14,15}

Todo lo anterior avala la necesidad de caracterizar, medir y finalmente evaluar la integración alcanzada por un determinado sistema sanitario en un momento histórico-concreto, puede considerarse este un tema de actualidad y novedad en el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud, de interés tanto para los prestadores como para los directivos del sistema puesto

que permitirá establecer una línea de base para intervenciones y su seguimiento.

De lo señalado hasta aquí deriva la propuesta, a modo de conclusión, de una metodología para caracterizar, evaluar e intervenir en una red de servicios de salud, con el propósito de mejorar los niveles de integración alcanzados en un momento dado.

Anexo

Para la propuesta metodológica se utilizaron tres dimensiones para la selección de las variables de estudio: Dimensión “prestación de servicios de salud directos”, dimensión “rectoría-gestión” y dimensión “económica”.

Cada dimensión tiene atributos para la integración y criterios para su aplicación. En este artículo los atributos y los criterios se presentan con los mismos números para destacar la correspondencia entre ellos, ambos para una dimensión determinada.

Dimensión: Prestación de servicios de salud directos.

Atributos para la integración:

1. Población y territorio a cargo, definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Dimensión: Gestión

Atributos para la integración:

7. Un sistema de dirección único para toda la red.
8. Participación social amplia.
9. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico.
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
11. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
12. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Dimensión: Económica.

Atributos para la integración:

13. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 1

- Cada unidad tiene una clara Identificación de las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad.
- Se dispone, en cada unidad, de información sobre la población/territorio a cargo.
- Se realizan procedimientos para la elaboración de perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables.
- Se trabaja en cada unidad para generar conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.
- Diseño diferenciado de servicios que respondan a las necesidades específicas de la comunidad.
- Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos relevantes incluidos otros sectores de la economía.
- Se dispone de una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo.
- Se realiza una planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.
- Existen procedimientos para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de logística, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 2

- Existencia de amplia gama de establecimientos de salud: centros ambulatorios del primer nivel de atención, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación, centros hospitalarios.
- Disponibilidad de todos los niveles de atención tanto ambulatorios como hospitalarios.
- Capacidad de proporcionar cuidados a eventos agudos, enfermedades crónicas, situaciones electivas, situaciones de urgencia e integrar cuidados personales con servicios de salud pública.
- Enfatizar en los servicios de salud pública, servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.
- Promover la proximidad geográfica de las unidades de prestación de servicios lo más cercano posible al lugar de residencia de las personas.
- Capacidad de adecuarse a las diferentes realidades locales mediante ajustes a la oferta de servicios de salud y el desarrollo de la regionalización en el sistema de prestación.
- Preocupación por mantener tamaños poblacionales manejables para: facilitar acceso a servicios, garantizar estandarización y calidad de los servicios.

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 3

- El primer nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo tiempo y durante todo el ciclo vital.
- Desarrollo de vínculos profundos con los individuos la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales a través de mecanismos demostrados en la práctica.
- Se facilita la participación social y la acción intersectorial a través de espacios de intercambio.
- Existencia de mecanismos normados para la coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios independientemente del sitio de atención.
- Integración de los cuidados personales, de salud pública y los programas focalizados en ciertas enfermedades y/o riesgos específicos a la salud a través de adecuadas guías de práctica clínica y protocolos de asistencia y derivación.
- Evidencia del No confinamiento a la provisión de los servicios en los centros de salud y claros procedimientos para la ejecución de los procesos relacionados. (guías de procedimientos).
- Programación de la movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del sistema para garantizar la provisión de cuidados en diferentes sitios como: hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidad en general.
- Provisión de servicios en el primer nivel de atención por especialistas de distinto orden (conformación de equipos multidisciplinarios).

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 4

- Certeza de la planificación para el ajuste de los servicios en respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Desarrollo de los procesos de sustitución que buscan ofrecer el cuidado de la salud en el sitio más apropiado del continuo de los servicios de salud (desarrollo de ambientes extrahospitalarios).
- Redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias y reasignación del personal correspondiente (reducción de número de camas y otros), si es posible de acuerdo a la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en un área determinada.
- Desarrollo de procesos que incluyen adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería.
- Existencia de una estrategia para proporcionar incentivos financieros y no financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo efectividad.
- Alineación de las asignaciones financieras de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema o la red particular.

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 5

- Tecnologías para la coordinación del trabajo ajustados a necesidades, (información vertical, grupos de trabajo interdisciplinarios) (gestión de la enfermedad, gestión de casos).
- Existen mecanismos de coordinación asistencial verificables por normas y procedimientos así como evidencia documental de la coordinación.
- Adecuación del tipo de coordinación asistencial al problema de salud, (instrumentos de coordinación asistencial: normalización de actividades, normalización de procesos y resultados).
- Estrategia de formación del recurso humano de acuerdo a las necesidades de la red.
- Desarrollo de la estandarización de procesos y resultados asistenciales aplicados a problemas de salud, (existencia de guías de práctica clínica, mapas de atención y protocolos).

Criterios para la dimensión Prestación de servicios de salud directos, para su atributo 6

- El cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de las personas.
- Cuidado en salud personalizado (desarrollo de empatía, respeto y confianza).

- Proceso de decisión clínica compartido entre el prestador y la persona.
- Enfoque centrado en los derechos y en ocasiones deberes de las personas/pacientes con respecto a la atención sanitaria.
- Enfoque familiar y comunitario en la dispensación de servicios y tratamientos.
- Abordaje de los problemas individuales en el contexto familiar, de redes sociales y culturales y circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan.
- Participación de la comunidad en la identificación de las necesidades de salud, la planeación y la entrega de los servicios.
- Desarrollo de iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es al mismo tiempo la unidad de análisis y la unidad de intervención.
- Participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados.

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 7

- Que esté bien definida y para la toda la red la Misión y la Visión del sistema así como los valores y principios compartidos por las partes.
- Que esté bien estructurada la función de seguimiento y evaluación del sistema con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado.
- Certeza de Normalización de las funciones clínicas y administrativas del sistema.
- Certeza de asignación presupuestada para asegurar una financiación adecuada para la organización.

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 8

- Las Redes de Servicios promoverán actividades que facultan a los individuos, familias y comunidades para que controlen mejor su salud.
- Las Redes Integradas de Servicios de Salud estimulan la capacidad de autocuidado de las comunidades a través de la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación de la red.
- La Redes Integradas de Servicios de Salud estimula la participación social desde distintos niveles de expresión, los que sucesivamente corresponden a: 1) el intercambio de información, 2) la consulta, 3) el involucramiento, es decir trabajar directamente con las comunidades a través de un proceso que asegure que las inquietudes y aspiraciones del público sean consistentemente entendidas y consideradas, 4) la colaboración y, finalmente, 5) el empoderamiento.

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 9

- Diseño de gestión de la red adecuados a su complejidad y tamaño. La gestión de cada unidad operativa responde a un concepto normativo y de reglamento único pero descentralizado de acuerdo a su complejidad.
- Implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad.
- Certeza de planificación y desarrollo de las líneas de servicio clínico que permiten la conducción continua del paciente por la red de servicios.
- Certeza de un sistema de planificación y desarrollo de la gestión de procesos.

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 10

- Disponibilidad del recurso humano para los servicios diseñados.
- Disponibilidad de recurso humano con competencias creadas para el trabajo a realizar.
- Recursos humanos con un sistema de evaluación de desempeño acorde a las necesidades de los servicios.
- Planificación del recurso humano necesario al diseño de la red y su proyección futura.
- Estrategia formativa basada en la formación permanente.
- Creación de nuevos puestos de trabajo. Adecuación de competencias para las nuevas funciones.
- Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 11

- La red de servicios se encuentra integrada por un único sistema de información que abarca el área clínica, financiera, epidemiológica, logística, entre otros.
- Sistema de información consistente con la Misión y Objetivos de la red de servicios.
- Gestión de la información orientada a: situación de salud de la población, demanda en la utilización de los servicios por grupo de edad, información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre, información clínica, información sobre la satisfacción de usuarios, información económica.

Criterios para la dimensión Gestión, para su atributo 12

- Hay certeza de una planificación y desarrollo de canales de comunicación y vinculación intersectorial.
- Existencia de mecanismos para la determinación de los niveles de integración que exhibe el sistema.
- Existe un plan de capacitación para el desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.

Criterios para la dimensión Económica, para su atributo 13

- Diseño del sistema de incentivos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente, preservación de la salud.
- Cada unidad del sistema tiene conocimientos de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales.
- El presupuesto se integra a partir de los objetivos generales y particulares.
- Se cuentan con metodologías, normas, reglamentos y/o amparos legales para hacer un diseño de asignaciones flexible así como la movilidad de los recursos económicos y humanos.
- Se rinde cuenta a todos los actores involucrados (transparencia económica).
- Existe una propuesta de estrategia para desarrollar el pago por resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Atá, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Gineva: WHO; 1978.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.
3. XVII Cumbre Iberoamericana. Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile: Secretaría General Iberoamericana; 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud. Documento oficial No. 328: propuesta del plan estratégico 2008-2012: octubre 2007. Serie de documentos de planificación de la OPS. Washington, D.C.: OPS, 2007.
5. Shapiro J. Planificación estratégica [sitio en Internet]. [citado 20 May 2010]. Disponible en: <http://www.civicus.org/new/media/Planificacion%20strategica.pdf>
6. Martínez Canalejo H. Manual de procedimientos bioestadísticos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.
7. Echeverría R. El proceso de Reforma del Sector Salud en el Ecuador. Agosto 1997-Agosto 2000. Aportes para el debate. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR); 2000.
8. Socorro Felix. Redes sociales. Una aproximación al concepto [monografía en Internet]. [citado 11 Feb 2010]. Disponible en: http://www.degerencia.com/articulo/redes_sociales_una_aproximacion_al_concepto
9. Institute of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington: National Academy Press; 1996.
10. Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum J. 1993;36(2):20-6.
11. Shortell, SM, Gillies, RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Integrating health care delivery. Healthcare Forum J. 2000; 43(6):35-9.
12. Organización Mundial de la Salud. Integración de la Atención a la Salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 1997. [Serie de Informes Técnicos No 861.]
13. López Puig P. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la Realidad Cubana. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2009. [citado abril 2010.];35(4):Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi09409.htm
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2008.
15. Vázquez ML, Vargas L. Redes Integradas de Servicios de Salud: ¿Solución o problema? Revista Ciencias Salud. 2006;4(1):5-9.

Recibido: 17 de junio de 2010. Aprobado: 16 de Agosto de 2010.
Pedro López Puig. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 S/N entre Perla y E. Altahabana. Municipio Boyeros. Ciudad de La Habana. Cuba CP: 10800. Correo electrónico: plp@ensap.sld.cu