



SERIES DE SALUD UNIVERSAL

AMPLIACIÓN DEL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

*Recomendaciones para la transformación de los
sistemas de salud hacia la salud universal*

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

AMPLIACIÓN DEL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD

*Recomendaciones para la
transformación de los sistemas de
salud hacia la salud universal*

Washington, D.C.
2022

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal

© Organización Panamericana de la Salud, 2022

ISBN: 978-92-75-32425-7 (impreso)

ISBN: 978-92-75-32426-4 (pdf)

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Forma de cita propuesta: *Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud. Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324264>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, escribir a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

HSS/HS/2022

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	v
SIGLAS	vi
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	1
Necesidad urgente de ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud en las Américas	1
Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud	4
Exigencias para la implementación	6
Alcance y propósito del presente informe	8
CAPÍTULO 2. TRANSFORMACIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD	11
Necesidad de transformar los modelos de atención	11
Fortalecimiento del primer nivel de atención	14
Establecimiento de redes integradas de servicios de salud	16
Creación de un entorno propicio: organizar la prestación de asistencia sanitaria	21
Retos de la transformación del modelo de atención	22
Transformación del modelo de atención: evidencia y ejemplos de medidas eficaces	23
Reorientación de los modelos de atención de las enfermedades crónicas	23
Reorientación de los modelos de atención del adulto mayor	25
Integración de la atención de la salud física y mental	28
Inversión en el primer nivel de atención y salud familiar	34
Equipos multidisciplinarios basados en la comunidad	34
Tecnologías de la información y la comunicación	35
Resumen y recomendaciones	36
CAPÍTULO 3. AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD	39
Priorización y especificación de los servicios y beneficios de salud	39
Bases de la ampliación progresiva de los servicios de salud	40
Retos de la priorización de los servicios	42
Tres estudios de casos nacionales	44
Resumen de los aspectos cruciales de la implementación	48
Resumen y recomendaciones	49

CAPÍTULO 4. EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN.....	53
Abordajes para facilitar el empoderamiento y la participación de las personas	55
Autogestión respaldada	56
Toma de decisiones compartida.....	58
Apoyo entre pares.....	59
Apoyo a personas, familiares y cuidadores.....	59
Mejores conocimientos de salud.....	60
Empoderamiento de las comunidades	61
Resumen y recomendaciones	65
CAPÍTULO 5. IMPLANTACIÓN DEL CAMBIO.....	69
Estrategias de apoyo a líderes y gestores para promover y planificar la transformación efectiva de los sistemas de salud	69
Formación de líderes y liderazgo.....	70
Capacidad de colaboración.....	71
Establecimiento de una coalición conductora.....	71
Generación de apoyo al cambio	72
Capacidad de colaboración.....	72
Plan de gestión del cambio	73
Resumen y recomendaciones	75
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	79
Derecho a la atención de salud completa y continua.....	79
Participación y capacitación de la población y las comunidades.....	80
Desarrollo de capacidades y trabajo en equipo.....	80
Desarrollo de la colaboración intersectorial	81
Financiamiento de la atención integral	81
Información, comunicación y tecnología.....	82
Evaluación, generación y transferencia de conocimientos.....	82
Gestión del cambio	83
Observaciones finales.....	84
REFERENCIAS	85
GLOSARIO	94

AGRADECIMIENTOS

Este informe se elaboró en respuesta a la solicitud de los Estados Miembros a la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS de proporcionar orientación para avanzar las recomendaciones básicas de la *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. Las recomendaciones para la acción contenidas en el informe se basan en las contribuciones realizadas por los representantes de 16 Estados Miembros durante el Foro Regional celebrado en Washington, D. C. del 13 al 17 julio de 2015.

La reunión fue organizada por los doctores Amalia Del Riego, Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Acceso; Julio Siede (QEPD), Asesor, Seguridad Social y Protección Social en Salud, y Reynaldo Holder, Asesor, Organización de Servicios de Salud y Gestión, todos de la OPS/OMS. Agradecemos especialmente las participaciones en el Foro Regional a: Alberto Barceló, Ernesto Báscolo, Betzabé Butrón, Sonja Caffè, Fernando Carbone, José Luis Castro, Camilo Cid, Anna Coates, Mario Cruz Peñate, Fernando Flores Espinosa, Ricardo Fábrega, Luiz Augusto Facchini, Flor María Ávila Fermatt, Lourdes Ferrer, Alexandra Florencio, Miguel Fernández Galeano, Luis Augusto Galvao, Massimo Ghidinelli, Jacques Girard, Nick Goodwin, Shevanand Gopeesingh, Mirtha del Granado, Eduardo Guerrero, Anselm Hennis, Galileo Pérez Hernández, Devora Kestel, Real Lacombe, Hilda Leal, Fernando Leles, Rubén López, Alcides Martínez, Cuauhtémoc Ruiz Matos, Hugues Mattes, Hernán Montenegro, Cristian Morales, Mónica Padilla, Juan Pablo Pagano, Sandra Pinel, Benjamín Puertas, Laura Ramírez, Reina Roa, Alarico Rodríguez, Clive Tan, Rhonda Sealy-Thomas, Nuria Toro, Oscar Villegas y Sharon A. Williams.

Reconocemos también la importante aportación de expertos de diferentes países que asistieron y contribuyeron al evento.

Este documento es el resultado del esfuerzo colaborativo de un dedicado grupo de individuos. Candelaria Aráoz realizó la recopilación inicial de documentos bibliográficos y la organización logística del Foro Regional. El informe del Foro, que sirvió como base para esta publicación, fue preparado por Nick Goodwin para la OPS. Un importante número de profesionales de la salud de países de la Región, de Reino Unido y de España participaron y contribuyeron a la revisión por pares. La edición final estuvo a cargo de Reynaldo Holder y Ramón Granados bajo la supervisión de Amalia Del Riego.

Finalmente, se agradece a Edgar Gallo y Rossana Quiñones el apoyo al equipo técnico durante la elaboración y edición del manuscrito.

SIGLAS

APS	Atención primaria de salud
CHOICE	Elección de intervenciones costo-eficaces ((por su sigla en inglés)
CSSS	Centros de servicios de salud y sociales (Canadá)
ECNT/ENT	Enfermedades crónicas no transmisibles/enfermedades no transmisibles
PAE	Paquetes de atención esencial
FONASA	Fondo Nacional de Salud (Chile)
GES	Garantías Explícitas de Salud (Chile)
JUNASA	Junta Nacional de Salud (Uruguay)
MAC	Modelo de atención crónica
MhGAP	Programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
NICE	Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (Reino Unido)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Paquete de atención esencial
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Perú)
PIAS	Plan Integral de Atención de Salud (Uruguay)
PRONEC	Programa de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles (República Dominicana)
RENAME	Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (Brasil)
RENASES	Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (Brasil)
RISS	Redes integradas de servicios de salud
SUS	Servicio Único de Salud (Brasil)
WONCA	Organización Mundial de Médicos de Familia



Dr. Julio Siede

In memoriam

Esta publicación está dedicada a la memoria de Julio Siede, un destacado médico de familia, un moderno comunicador social, un profesor entusiasta, un consultor internacional fecundo, un gran compañero de trabajo y, sobre todo, un permanente defensor del derecho a la salud.

Creía que el derecho a la salud debe hacerse realidad para todas las personas y en especial para quienes están en situación de vulnerabilidad. Entendía que para ello se requieren estrategias de política pública e instrumentos técnicos eficaces. Este trabajo es fruto de esa convicción, de la necesidad de apoyar a todas las personas que luchan por el derecho a la salud, con guías efectivas para hacerlo realidad.

La Organización Panamericana de la Salud, mediante esta publicación, reconoce su valiosa contribución para hacer que la salud universal sea una realidad en nuestra Región.

CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

Necesidad urgente de ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud en las Américas

En la Región de las Américas se ha progresado de forma sostenida en los factores determinantes de la salud y la mejora de la salud de la población (1). Se han logrado avances significativos en el desarrollo económico y social de los países, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el creciente compromiso político para responder a las necesidades de salud de la población. Esto ha dado lugar a mejoras evidentes de los indicadores del desarrollo humano, como la reducción de la pobreza y la desigualdad, y al avance en la consecución de la enseñanza primaria universal (1, 2). Las tendencias positivas de los indicadores de salud, como la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, de las muertes por VIH y de las tasas de prevalencia de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas han tenido efectos sostenidos y positivos en la salud.

A pesar de esos avances, la Región de las Américas sigue siendo una de las de mayor inequidad del mundo, con millones de personas sin acceso a servicios integrales de salud (3). La pobreza y la desigualdad siguen siendo un problema importante en la Región, la última, tanto entre países como dentro de cada país. Por ejemplo, casi 30% de los habitantes de América Latina y el Caribe (ALC) viven por debajo del umbral de pobreza, y las desigualdades de ingresos se manifiestan en profundas diferencias entre los países con respecto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (4).

La reducción de las inequidades en salud se ha vuelto más compleja debido a cambios en los patrones epidemiológicos y demográficos. La Región está atravesando por un período de grandes cambios demográficos y epidemiológicos. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y complejas abarcan una proporción mucho mayor de las necesidades y recursos de atención de la salud. Dichas

tendencias se ven agravadas por el envejecimiento de la población. Se espera que el número de personas mayores de 60 años se duplique de 100 a 200 millones entre el 2012 y el 2020 en la Región (4). La coexistencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles también crea una doble carga para los sistemas de salud que, junto con factores sociales, como la rápida urbanización y el cambio de los valores sociales, generan nuevas presiones para encontrar los recursos humanos y financieros que permitan responder adecuadamente a las demandas adicionales.

La falta de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud apropiada afecta más a las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. En los lugares donde el acceso a los servicios todavía es deficiente, la mala salud puede dar como resultado la pérdida de ingresos y contribuir a un ciclo de pobreza y enfermedad de la familia y la comunidad. En la actualidad, 30% de la población de la Región no tiene acceso a servicios de salud por razones financieras y 21% no puede acceder a la atención de salud debido a barreras geográficas (3). Estas son serias limitaciones para el acceso universal a la salud.

Cuando la organización y la prestación de la atención de salud se encuentran fragmentadas es evidente que los modelos de atención de salud existentes no pueden responder a las diferentes necesidades de salud de las personas y las comunidades, ni hacerlo de manera equitativa, solidaria, eficiente y de calidad. En combinación con otros factores, la fragmentación exagera las dificultades de acceso a los servicios (recuadro 1) y lleva a prestar atención de la salud de menor calidad técnica y menos costo-efectiva. Por eso, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha llamado reiteradamente a desarrollar nuevos modelos de atención que tengan por objeto el fortalecimiento de la APS, de la capacidad resolutoria del primer nivel y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS) basados en la APS (5, 6).

Muchos países de la Región también están luchando por lograr la capacidad de respuesta necesaria para adaptar los servicios de salud a las nuevas demandas y necesidades de las personas con enfermedades crónicas complejas. La investigación demuestra que la gran mayoría de las personas con ECNT no reciben la atención adecuada (7). El acceso insuficiente a la atención y la existencia de barreras financieras y de otro tipo son algunos de los obstáculos principales para la atención adecuada (8). Ello sin considerar que el modelo de atención predominante no ha sido suficientemente eficaz en el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud para la promoción y prevención, ni en la extensión comunitaria de acciones extramurales de apoyo social frente a las necesidades del adulto mayor, de salud mental, rehabilitación comunitaria o atención en el hogar.

También existen graves disparidades en la disponibilidad, composición y calidad de los recursos humanos para la salud. Por ejemplo, en once países de la Región hay un déficit absoluto de trabajadores de la salud (menos de 25 médicos por 10 000 habitantes) o graves desigualdades en la disponibilidad de esos recursos entre las zonas urbanas y rurales, que generan aún más problemas de acceso (4). En la estrategia mundial de la OMS de recursos humanos para la salud se ha reconocido la importancia de los trabajadores de la salud para lograr acceso universal a la salud y mejores resultados de salud. Asimismo, se ha llamado la atención acerca del creciente desequilibrio entre las demandas de atención en salud y la disponibilidad de mano de obra (9, 10). Se requerirá trabajar multisectorialmente, con el enfoque de la estrategia de la atención primaria de salud (APS), mediante

equipos integrados de trabajadores de la salud (incluidos los de salud pública), principalmente en el primer nivel de atención (PNA) y con la comunidad, para mejorar el acceso.

Otros problemas que afronta la Región para ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud incluyen el acceso y el uso racional de los medicamentos y tecnologías de salud. Los avances en este tema también estarán muy influenciados por la falta de financiamiento adecuado y el uso ineficiente de los recursos en salud. El promedio del gasto público en salud en ALC era de solo 3,8% del producto interno bruto (PIB) en el 2011, comparado con 8,0% en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (4, 11). El gasto reducido en salud, combinado con gastos de bolsillo más altos en el punto de servicio, aumentan los riesgos de empobrecimiento personal y familiar, y son indicadores de la insuficiencia de los servicios de salud para garantizar acceso universal con calidad, solidaridad, equidad y eficiencia.

Recuadro 1. Resumen de las principales dificultades para lograr el acceso universal a la salud

- ◆ Grupos de población excluidos, a menudo las comunidades más pobres y los más necesitados.
- ◆ Cambios de las necesidades de salud, específicamente los relacionados con el aumento de las enfermedades crónicas, violencia, y problemas de salud mental, entre otras.
- ◆ Envejecimiento de la población.
- ◆ Sistemas ineficientes con un acceso deficiente al primer nivel de atención.
- ◆ Segmentación del sistema de salud.
- ◆ Fragmentación en la organización y la prestación de servicios.
- ◆ Reducción de los fondos o fondos limitados para satisfacer las necesidades de salud de la población.
- ◆ Gobernanza y rectoría débiles.
- ◆ Participación social y empoderamiento de la comunidad insuficientes.
- ◆ Falta de atención al trabajo intersectorial.

Aun cuando muchos países de la Región han establecido en su constitución disposiciones sobre el derecho a la salud para todos y se han comprometido con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (salud universal), la última podría extenderse a decenas de millones de personas más mediante un abordaje basado en los derechos, la igualdad y la solidaridad y el consiguiente fortalecimiento de los sistemas de salud (12). Sin embargo, la rectoría y la gobernanza requeridas por las autoridades de salud para avanzar hacia la salud universal siguen siendo inadecuadas. Si bien se ha avanzado, por ejemplo, en facilitar la participación social en la elaboración e implementación de políticas de salud, son necesarias transformaciones más holísticas de la rectoría y la gobernanza, de manera progresiva y sostenida, que permitan el abordaje integral de problemas estructurales como la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud.

Otro desafío que tienen por delante los sistemas de salud de la Región para alcanzar la salud universal es desarrollar su resiliencia, es decir, su capacidad de absorber perturbaciones, afrontar situaciones de crisis, resolverlas y responder adecuadamente, manteniendo las funciones básicas y los servicios fundamentales (13).

Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

En respuesta a los desafíos expuestos, en octubre del 2014, los Cuerpos Directivos de la OPS adoptaron la *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud* mediante la Resolución CD53.R14 (4). Esta estrategia hace suya la necesidad de transformar o fortalecer los sistemas y servicios de salud para combatir las inequidades en salud de la Región y lograr la salud y el bienestar de todos. La estrategia para la salud universal se basa en el derecho a la salud, que es su valor central, así como la equidad y la solidaridad, en el espíritu de Alma Ata y de la APS (14).



“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar” (4).

Los dos pilares de la estrategia para la salud universal (el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud) denotan que personas y comunidades deben ser atendidas sin discriminación y recibir la atención de salud que necesitan en sistemas de salud caracterizados por su calidad, integralidad y accesibilidad, sin ningún tipo de barreras y mediante el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud. Los valores del derecho a la salud, la equidad y solidaridad son fundamentales para este objetivo. En concreto, la cobertura universal de salud no es, por sí misma, suficiente para asegurar la equidad, la salud y el bienestar. Los temas que abordan la calidad y el acceso a los servicios de salud también son fundamentales para esta tarea.

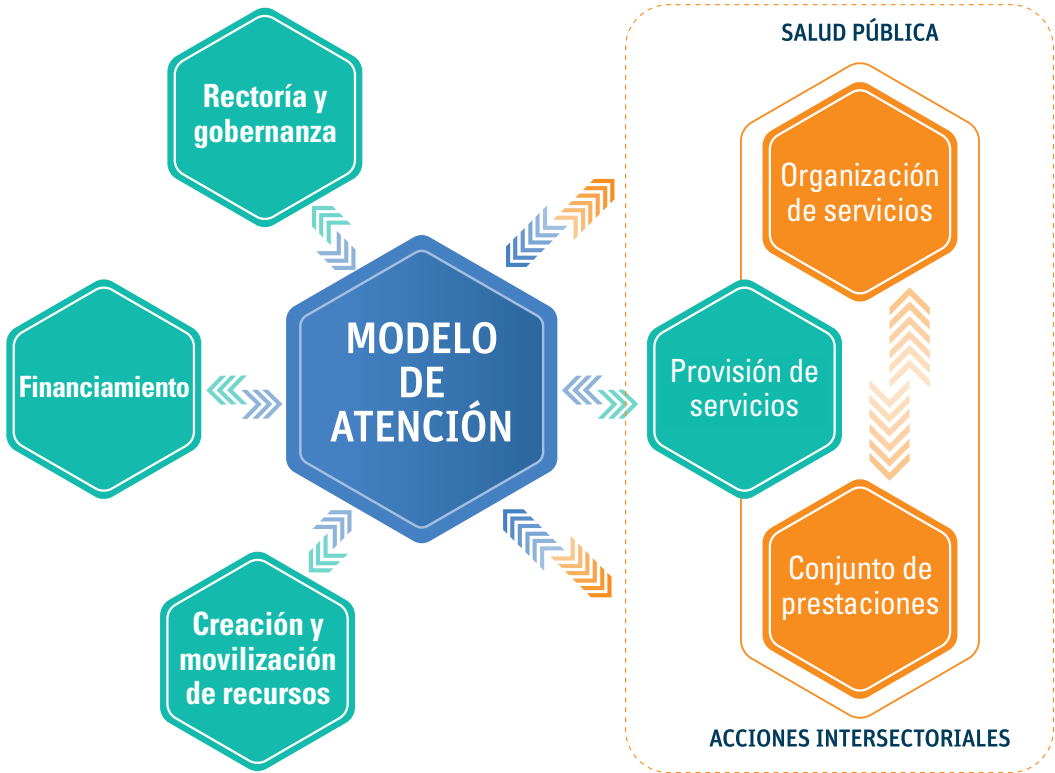
La estrategia de salud universal establece cuatro líneas estratégicas:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.
4. Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal.

La *Estrategia para el acceso universal a salud y la cobertura universal de salud* expresa la necesidad de “Fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutoria del primer nivel, articulado en RISS y basado en la estrategia de atención primaria de salud” como elemento clave para ampliar el acceso a servicios integrales de calidad.

Para hacer frente a esta complejidad, es importante reconocer que el modelo de atención define la justificación estratégica y las características generales de la organización de los sistemas de salud con el fin de proporcionar servicios integrales basados en las necesidades diferenciadas físicas, mentales, sociales y ambientales de los individuos, las comunidades y la población en general, con un abordaje centrado en el curso de la vida, género y etnicidad para lograr la salud y el bienestar.

El modelo de atención se puede expresar en varias dimensiones: la especificación de qué servicios y beneficios para la salud y el bienestar están garantizados (el qué); la forma en que los servicios se organizan y gestionan para proporcionar dicha atención (el cómo y dónde), identifica el rol de los actores intersectoriales, sociales y comunitarios (con quiénes) y cómo se asignan los recursos para financiar esos servicios. En consecuencia, el modelo de atención articula las cuatro funciones del sistema de salud (figura 1). Adicionalmente, en las realidades actuales del estado de salud de la población y sus determinantes, los modelos de atención definen competencias y capacidades institucionales y de los equipos de salud para el trabajo intersectorial.

Figura 1. Funciones del sistema de salud y el modelo de atención

Exigencias para la implementación

Una exigencia importante en la Región es reorganizar los servicios de salud para que sean compatibles con el abordaje centrado en la persona, la familia y la comunidad. Las lecciones aprendidas muestran que no es posible aumentar el acceso a servicios de salud integrales, de calidad y equitativos mientras la atención que se preste sea predominantemente curativa y no incluya la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la autonomía. Por otro lado, la evidencia señala que no basta con introducir nuevos modelos de atención centrados en las personas y comunidades si no cambia de manera significativa el contenido (conjuntos de prestaciones y servicios integrales) y la forma de prestar los servicios (configuración organizativa).

Uno de los temas principales que los sistemas de salud deben afrontar es la definición de los conjuntos de prestaciones y servicios que deben garantizarse para asegurar la equidad en el acceso a las personas, las familias y las comunidades, a la luz de una aceleración constante de la

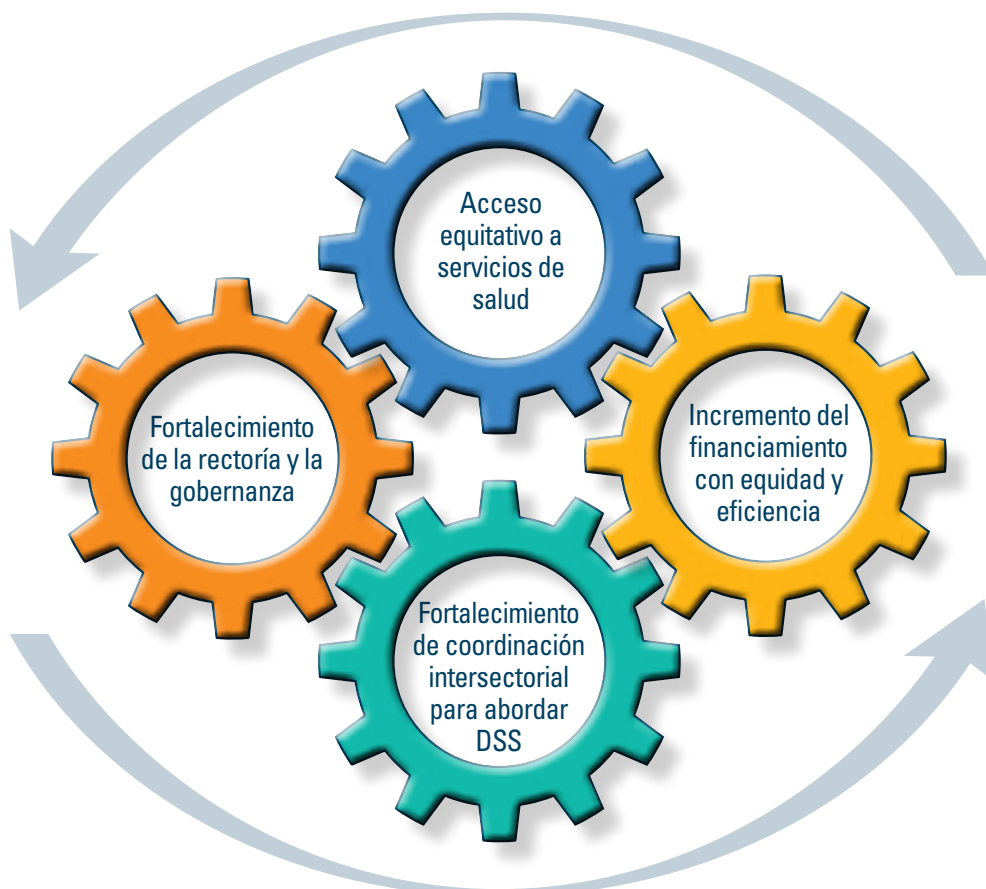
producción de tecnologías de salud y con recursos financieros limitados (recuadro 2). Un conjunto de prestaciones y servicios integrales definido adecuadamente permite crear garantías universales de manera explícita y transparente, a la vez que crea instrumentos de política pública dinámicos y progresivos, que expresan y definen los vínculos entre la función del financiamiento de los sistemas y el uso eficiente de los recursos para la prestación de servicios de salud de calidad.

Recuadro 2. Preguntas clave para hacer efectivo el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud

- ◆ ¿Cómo extender la cobertura para apoyar el acceso universal a servicios integrales de acuerdo con las necesidades?
- ◆ ¿Cómo detectar las necesidades insatisfechas, diferenciadas y las barreras de acceso en diversos contextos y entornos considerando los determinantes de la salud y la intersectorialidad?
- ◆ ¿Cómo desarrollar una cultura permanente de análisis de la situación de salud y de las respuestas de los sistemas ante los problemas y sus determinantes?
- ◆ ¿Cómo empoderar a las personas y comunidades para que se conviertan en promotoras y conductoras de su salud y su atención?
- ◆ ¿Cómo acrecentar la capacidad de respuesta de manera que se asignen recursos para fortalecer el primer nivel de atención y las redes integradas de servicios de salud?
- ◆ ¿Cómo abordar las necesidades actuales y futuras de recursos humanos y el desarrollo de nuevas competencias para dar respuesta a los nuevos desafíos?
- ◆ ¿Cómo incorporar las tecnologías de salud, de información y de comunicación, además de los productos farmacéuticos, para lograr mejores beneficios para la población?
- ◆ ¿Cómo fortalecer la gobernanza de los sistemas de salud y la movilización de los recursos financieros necesarios para cada etapa de avance hacia la salud universal?

En la Región, los conjuntos de prestaciones y servicios integrales se generan a partir de listas de beneficios para la salud incorporados a programas universales. También se pueden crear mediante el diseño de conjuntos universales integrales e integrados de beneficios de salud garantizados. En el contexto del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, estos conjuntos deben estar directamente relacionados con las necesidades de salud, así como en armonía con el modelo de atención, recursos humanos, sistemas de suministros y capacidad de financiación. Tales desafíos pueden inhibir la mejora de los resultados de salud para todos si no se emprenden transformaciones de los sistemas de salud que reduzcan la segmentación y fragmentación, por una parte, y, además, mejoren la inversión en salud. Por lo tanto, es necesario trabajar simultáneamente en la estrategia para la salud universal y sus cuatro líneas de acción, por la interdependencia entre ellas (figura 2).

Figura 2. Las cuatro líneas estratégicas simultáneas e interdependientes de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud*



Alcance y propósito del presente informe

Este informe tiene por objeto tratar los aspectos fundamentales de la aplicación de la estrategia para la salud universal y ofrecer una serie de recomendaciones prácticas para la consideración de los Estados Miembros con el fin de ayudar a las autoridades nacionales a planificar y llevar a cabo los cambios que pueden conducir al fortalecimiento mensurable de los servicios de salud.

Además, este documento tiene por objeto examinar las recomendaciones prácticas relacionadas con la primera línea de la Estrategia sobre el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y las siguientes tres líneas de acción interrelacionadas:

1. Desarrollar modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades.
2. Fortalecer el PNA.
3. Especificar servicios de salud integrales, de calidad, universales y de ampliación progresiva.

El propósito del Foro Regional fue hacer recomendaciones prácticas para los Estados Miembros de la OPS que permitieran avanzar el trabajo en las tres líneas de acción mencionadas, mediante discusiones técnicas y el intercambio de experiencias de los países. No se pretendía elaborar nuevos argumentos teóricos, sino más bien analizar las buenas prácticas y lecciones aprendidas, y seleccionar recomendaciones orientadas a la acción para el cambio efectivo en los sistemas y servicios de salud de la Región. Por lo tanto, este informe proporciona orientaciones prácticas para ampliar el acceso a servicios de calidad por medio del fortalecimiento del PNA articulado en RISS, con base en modelos centrados en las personas.

El informe también explica la forma de seleccionar los servicios y prestaciones que deben priorizarse como parte de la ampliación progresiva de los servicios de salud a las comunidades, como medio para mejorar la salud individual y colectiva (15). También considera los temas relacionados con el liderazgo y la gestión del cambio transformativo, con el fin de orientar y facilitar el avance en el tiempo. Comprender cómo abordar la implementación y estimular la inversión en vida sana, bienestar y desarrollo es un viaje esencial para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

CAPÍTULO 2



TRANSFORMACIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

“En la Región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud cuando están enfermos, incluso cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad. Esta Región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo. Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud integrales que necesitan, es un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la razón de ser de esta Estrategia” (4).



Necesidad de transformar los modelos de atención

A pesar de los progresos y el crecimiento económico en la Región, la pobreza y la inequidad siguen siendo un problema tanto entre países como en cada país. Las barreras al acceso, la exclusión y las necesidades cambiantes aún no han sido abordadas por los nuevos modelos de atención. Entre esas barreras se encuentran 1) la respuesta y capacidad de gestión limitadas en el PNA; 2) la fragmentación de los sistemas y de los servicios de salud; 3) el déficit de financiación y las ineficiencias del sistema de salud; 4) la gobernanza y la rectoría débiles, con escasa participación social e intersectorial; 5) los resultados de salud por debajo de las expectativas, y 6) el aumento de los costos de la atención que amenazan la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Los avances relacionados con la práctica y la tecnología en salud, los cambios demográficos y epidemiológicos, así como el aumento de las expectativas de la sociedad han añadido complejidad a la forma en que debe proporcionarse la atención de salud. Desde el punto de vista técnico, el reto consiste en alejarse de la atención basada en servicios hospitalarios y establecer servicios de promoción, prevención y mantenimiento de la salud con un adecuado poder de resolución en el PNA (16). En consecuencia, muchos países de la Región están tratando de transformar o reequilibrar sus servicios de salud para convertirlos en servicios efectivos de calidad en las RISS con una adecuada capacidad de resolución en PNA y en la comunidad¹. Esa reorientación del modelo de atención es una necesidad estratégica global, si se han de promover la sustentabilidad y la mejora de la calidad, simultáneamente (17).

En la *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud* se planteó la necesidad de fortalecer y transformar la organización y gestión de los servicios de salud (4). Uno de los componentes básicos de la estrategia consiste en establecer nuevos modelos de atención capaces de responder mejor a las necesidades de las personas y las comunidades, con base en la estrategia de APS (cuadro 1).

Este abordaje comprendería muchos de los elementos descritos en el capítulo 4, como la inversión en la atención integral, con estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades que eduquen a las personas sobre sus afecciones y promuevan su bienestar. Para ello se requiere que los nuevos modelos de atención tengan la capacidad de apoyar el empoderamiento y la participación de las personas y de la comunidad para que puedan tomar mejores decisiones sobre su salud, con conocimientos claros y poder de decisión, además de involucrarse con entornos saludables y acciones intersectoriales.

Los nuevos modelos de atención también requieren formar nuevas capacidades, para lo que habrá que:

- ◆ Invertir en la resolutividad del PNA para lograr el acceso universal a la salud (18).
- ◆ Priorizar la atención ambulatoria y la consulta externa frente a la hospitalización, siempre que sea factible, mediante el desarrollo de servicios basados en la APS de calidad, eficaces y con base en la comunidad, incluida la hospitalización domiciliaria.
- ◆ Garantizar el suministro de medicamentos esenciales y tecnologías de salud, con el compromiso de ofrecer una atención de calidad que mejore la disponibilidad y el uso racional de los medicamentos (incluidas las vacunas).
- ◆ Regular la prestación de la atención de modo que la tecnología de salud y el uso de medicamentos se fundamenten en datos probatorios que garanticen una atención segura, eficaz y de calidad.
- ◆ Invertir en la fuerza laboral al incrementar las posibilidades de empleo con condiciones e incentivos de trabajo atractivos, en particular en zonas donde la atención de la salud es escasa, como algunas áreas rurales o de difícil acceso.

1 En algunos países este PNA está desdoblado en dos espacios de atención diferenciados:

1. Puerta de entrada (o primer nivel propiamente dicho, desconcentrado).
2. Nivel de atención de soporte o respaldo (con capacidades diagnósticas y terapéuticas concentradas).

- ◆ Promover el trabajo multidisciplinario para aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud locales; elaborar nuevas descripciones de cargo para el personal y mejorar la combinación de destrezas (19, 20).
- ◆ Crear nuevas oportunidades de colaboración intersectorial y trabajo en la comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud y hacer mejor uso de los recursos escasos, como inversiones en sistemas de información para intercambiar datos y promover el aprendizaje compartido.
- ◆ Coordinar la atención de las personas y las comunidades de una manera integrada, por ejemplo, uniendo programas de gestión vertical de ciertas enfermedades (como el del VIH/sida y el de tuberculosis) y promoviendo las RISS con base en la atención primaria (6).

Cuadro 1. Características de la atención de salud convencional, de los programas de control de enfermedades y de la atención de salud centrada en las personas (el futuro)

Atención médica ambulatoria convencional en clínicas o consultas externas	Programas de control de enfermedades	Servicios integrados de salud centrados en las personas
Se concentra en la demanda individual por enfermedades y en la curación	Se concentra en enfermedades prioritarias	Se concentra en la atención integral para mejorar la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades según sus necesidades
La relación se limita al momento de la consulta	Relación limitada al funcionamiento del programa	Proporciona atención continua a las personas, las familias y las comunidades durante el curso de la vida, con enfoque de género e interculturalidad
Atención curativa episódica	Intervenciones de control de enfermedades definidas por el programa	Atención integral, coordinada y centrada en la persona y las comunidades (promoción, prevención, curación, rehabilitación, etc.)
Asesoramiento eficaz y seguro al paciente en el momento de la consulta	Gestión proactiva de los factores de riesgo del paciente para cumplir los objetivos	Responsabilidad compartida de la salud de la población frente a los determinantes de la salud, mediante un abordaje de sistema y colaboración intersectorial
Los usuarios son consumidores de la atención que compran	Los grupos de población son objeto de intervenciones específicas de control de enfermedades	Las personas y las comunidades están facultadas para convertirse en coproductores de la atención a nivel individual, organizacional y de política

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. World Health Report 2008. Primary care: now more than ever. Ginebra: OMS, 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

La estrategia de la OPS (4) para crear nuevos modelos de atención pasa por definir conjuntos de prestaciones y servicios integrales y universales garantizados por ley, de ampliación progresiva, conforme a las necesidades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional. Por lo tanto, entender cómo y dónde formular y poner en marcha los cambios en diferentes contextos nacionales es clave para rediseñar los modelos de atención de la salud para que sean compatibles con los servicios centrados en las personas, la familia y la comunidad.

Fortalecimiento del primer nivel de atención

Dada la creciente carga de enfermedades crónicas asociadas con estilos de vida, comportamientos humanos no saludables, con determinantes sociales y con la ampliación de la esperanza de vida y el consecuente llamado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hay un reconocimiento ampliamente divulgado de que los países deben recalibrar sus sistemas de salud para invertir en servicios de PNA y comunitarios de calidad y capacidad resolutive, accesibles y eficaces y en el enfoque intersectorial de la salud. El fortalecimiento del PNA es esencial para la transición hacia el acceso universal a la salud, como lo son la disponibilidad de servicios de calidad y eficaces en los establecimientos de PNA. Los últimos se han asociado con los sistemas de salud de mejor calidad y con mayor capacidad de lograr eficiencia, tanto en la Región de las Américas como en el ámbito mundial (5, 21, 22). El PNA debe centrarse en las personas, promover la coordinación de la atención y ayudar a desarrollar la gestión de la atención a personas con necesidades de atención de salud compleja, mediante compromisos multidisciplinarios e intersectoriales, estrategias que son particularmente eficaces en países de ingresos bajos y medios (23).

Con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud* se formuló la necesidad de fortalecer y transformar la organización y gestión de los servicios de salud, con el fin de mejorar la capacidad resolutive del PNA en RISS, con base en la estrategia de APS.

En la mayoría de los países de la Región, el desarrollo de los servicios de salud y las inversiones en salud se han concentrado en gran medida en hospitales y tecnologías altamente especializadas y costosas. La estrategia para la salud universal destaca la necesidad de fortalecer el PNA para ampliar el acceso otorgándole una función destacada en las RISS. Los distintos elementos importantes y necesarios para el cambio son los siguientes:

- ◆ Aumentar la inversión en el PNA para mejorar la capacidad de los servicios y aumentar el acceso a ellos.
- ◆ Ampliar progresivamente la prestación de servicios en el PNA para atender las necesidades de salud insatisfechas, incluido el suministro de medicamentos esenciales.
- ◆ Fortalecer los recursos humanos en el PNA, especialmente en las zonas marginadas, con adecuados sistemas de incentivos y garantías sociales (trabajo decente).
- ◆ Introducir nuevas funciones profesionales y técnicas entre el personal para asegurar que haya suficiente capacidad, con una correcta combinación de destrezas en el PNA.
- ◆ Consolidar el desarrollo de los equipos de salud multidisciplinarios.
- ◆ Promover la coordinación entre el PNA y otros sectores para abordar mejor los determinantes sociales de la salud.
- ◆ Garantizar capacidad de análisis de necesidades de salud y de respuesta suficiente y oportuna basados en la información de salud y el uso de nuevas tecnologías (por ejemplo, telesalud y la salud móvil).²
- ◆ Poner en marcha programas que habiliten a las personas a autogestionar su salud y tomar decisiones informadas sobre ella y opciones de atención en el PNA.

² Salud móvil se refiere a las intervenciones digitales que utilizan tecnología móvil en favor de los objetivos de salud.

El fortalecimiento del PNA requiere 1) participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios; 2) integración de los servicios de salud individual y colectiva del PNA, con hincapié en los determinantes sociales de la salud y las necesidades de los grupos en situación de vulnerabilidad; 3) mecanismos de coordinación fuertes entre los diferentes niveles de atención de la salud; 4) recursos adecuados, políticas de apoyo y legislación apropiada para garantizar mejores resultados de salud; 5) reentrenamiento de la fuerza laboral, y 6) reorientación de los procesos de atención de la salud. Para el nuevo abordaje de la atención habrá que transformar el modelo curativo en uno de bienestar, apuntalado por la voluntad política necesaria para el cambio y la creación de ambientes de apoyo donde las personas tengan la oportunidad de tomar decisiones de vida saludables. Asimismo, requiere de nuevos y robustos sistemas de gobernanza en las redes integradas y con gobiernos intermedios y locales, así como de la inclusión de salud en los planes de desarrollo económico y sociales de las comunidades. Lo anterior requiere también sistemas de análisis de información de salud confiables. Hay muchas buenas prácticas en el mundo que pueden servir de referencia, al igual que hay oportunidades de intercambio de experiencias en toda la Región. Las recomendaciones en este tema figuran a continuación:

- 1. Atención y coordinación de los servicios centrados en las personas y las comunidades.**
- 2. Satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones mediante:**
 - a. Un abordaje territorial y poblacional que evalúe las necesidades de salud de los conjuntos sociales diferenciados y el impacto en el mejoramiento de la salud de la población como resultado de intervenciones específicas.
 - b. Utilización de los resultados de la evaluación para entender qué tareas habrá que realizar para fortalecer el PNA y su potencial. Utilización de esas evaluaciones para justificar nuevas inversiones y la reorientación de los recursos financieros destinados a la atención en salud.
- 3. Colaboración intersectorial y RISS.**
 - a. Identificar la función de los diferentes proveedores de servicios y socios de otros sectores que puedan apoyar a las redes locales para fortalecer el PNA (por ejemplo, atención social, vivienda, escuelas, iglesias, grupos voluntarios).
 - b. Desarrollar las directrices y los instrumentos que aseguren la continuidad de la atención en las RISS.
- 4. Recursos humanos y desarrollo de capacidades y competencias.**
 - a. Evaluar el conjunto de habilidades existentes y determinar la brecha, con el fin de elaborar y poner en marcha planes para establecer y desarrollar capacidades.
 - b. Garantizar la elaboración de estrategias de dotación y educación de recursos humanos para desarrollar habilidades y capacidad en el PNA a lo largo del tiempo.
 - c. Instaurar equipos multidisciplinarios con participación de especialistas accesibles al PNA.
 - d. Invertir en nuevas funciones, como coordinadores y gestores, para permitir la atención a las personas y las familias con necesidades a largo plazo integrados en su comunidad.
 - e. Proporcionar capacitación para el trabajo en salud familiar y comunitaria.
 - f. Invertir en personal con capacidad de dirigir y gestionar redes y de promover la participación de la comunidad.

5. Financiamiento.

- a. Negociar y asegurar que una mayor parte del presupuesto de salud se destine a la promoción de la salud y al PNA, mediante la protección del financiamiento para el PNA, dentro de las RISS, basándose en una razón de la financiación de la salud dedicada al mismo.
- b. Garantizar que los incentivos financieros favorezcan el aumento del número de profesionales y proveedores de servicios de PNA, en especial en las zonas más necesitadas.
- c. Reducir progresivamente el gasto directo de bolsillo a fin de eliminar las barreras financieras que limitan el acceso al PNA.
- d. Desarrollar instrumentos innovadores de financiación y contratación para promover las asociaciones y las colaboraciones intersectoriales.
- e. Crear planes de inversión en recursos humanos (formación, equipamiento, instalaciones y tecnología de la información).

El fortalecimiento del PNA es una prioridad para avanzar hacia el acceso universal a la salud. Se requiere un cambio de paradigma que abogue por un abordaje basado en la comunidad y que haga hincapié en la prevención y la promoción, para reducir el predominio actual del modelo biomédico que se basa en las instituciones de atención y funciona en torno a ellas.

Es particularmente importante que el PNA responda de forma directa a las necesidades de salud de la población local y garantice que los escasos recursos lleguen efectivamente a todos y se satisfagan las necesidades con equidad. La inversión en investigación para monitorear la marcha y los resultados de los cambios, así como para apoyar la garantía y la mejora de la calidad también es necesaria en las Américas. Es fundamental la construcción de viabilidad y sostenibilidad en el desarrollo de capacidades en el PNA.

Establecimiento de redes integradas de servicios de salud

La salud universal exigirá que los servicios de salud superen los problemas creados por la fragmentación de los sistemas de salud mediante la integración de la función de prestación de servicios de salud. El fortalecimiento del PNA para apoyar la salud universal y la atención integral centradas en las personas y comunidades se reconocen como principios básicos (16). Desde la publicación del documento *Redes Integradas de Servicios de Salud* por la OPS/OMS, la Región está en la vanguardia del esfuerzo global de la promoción de modelos de atención más equitativos, integrales, integrados y continuos (6).

La tarea principal es diseñar abordajes para la atención de salud y el bienestar de la población. Para ello se requiere el mejoramiento de las capacidades que sustenten la continuidad y la coordinación de la atención a las personas, las familias y las comunidades a lo largo de toda la vida, y de la responsabilidad compartida entre profesionales y organizaciones de atención de la salud para asegurar que los determinantes de la salud se aborden con acciones intersectoriales. Las personas y las comunidades requieren apoyo y empoderamiento para convertirse en coproductores de la atención de salud, tanto en el ámbito individual y colectivo, como en los niveles organizacionales y políticos.

Otro elemento clave para el éxito es contar con la capacidad de crear estructuras de gobernanza, financiamiento y rendición de cuentas, con el fin de invertir en nuevas formas de prestación de

servicios de salud integrados, ponerlas en práctica y medir y monitorear su marcha a lo largo del tiempo. También es importante instaurar nuevas prácticas de colaboración, que deberán apuntalarse con la educación y la formación de profesionales, la generación de nuevas habilidades y la combinación de destrezas y modelos de organización, con el fin de crear vínculos funcionales entre los diferentes ámbitos de prestación de atención en salud.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- 1. Coordinación de la atención centrada en las personas.**
 - a. Definir una visión de la política de atención en torno a las necesidades de los cuidadores, familias y comunidades.
 - b. Educar a los pacientes para que gestionen su propia salud, incluyendo a pares y otras organizaciones comunitarias que aborden el tema en cuestión.
 - c. Promover la salud con actividades centradas en la comunidad.
- 2. Participación de la comunidad.**
 - a. Involucrar, empoderar y lograr la participación de la comunidad en la planificación de las acciones en torno a sus necesidades.
 - b. Educar a las personas con el fin de que comprendan sus derechos y obligaciones relacionados con la salud.
 - c. Involucrar a grupos comunitarios y representantes de la sociedad civil en la planificación de los servicios y en el proceso político.
 - d. Crear conciencia sobre los problemas de salud pública que repercuten en las comunidades locales y sobre la forma de solucionarlos.
- 3. Establecimiento de la capacidad de integración.**
 - a. Crear una visión de conjunto acerca del futuro de los servicios integrados.
 - b. Desarrollar la integración horizontal de los diversos socios dedicados a la atención de la salud en la comunidad.
 - c. Colaborar con centros comunitarios y otras organizaciones basadas en la comunidad dedicados a la promoción de la salud y el bienestar y que apoyan la gestión de la enfermedad.
 - d. Establecer vínculos funcionales entre los niveles de atención, por ejemplo, mediante la definición de funciones y responsabilidades de los proveedores con relación a la continuidad de la atención y al trabajo intersectorial.
 - e. Instaurar mecanismos para apoyar la coordinación de la atención entre los diferentes proveedores y centros de atención, por ejemplo, con guías clínicas y normas sobre la atención en salud y las enfermedades.
 - f. Elaborar una lista de los individuos que requieren atención, con participación de la comunidad, para identificar las necesidades y las prioridades en las que habrían de concentrarse eficazmente los recursos.
 - g. Investigar y compartir experiencias a través de redes sociales para averiguar qué funciona en contextos locales.
 - h. Formar y capacitar recursos humanos en las nuevas funciones para que las puedan llevar a cabo y formar equipos que contribuyan a la integración de la atención.
 - i. Analizar la función y el desempeño de los equipos multidisciplinarios en la construcción de competencias y promover nuevas profesiones y nuevos espacios de trabajo.

Estudio de caso A. Centros de salud y de atención social integrados, Quebec (Canadá)

La provincia de Quebec aplicó una estrategia a largo plazo para superar la fragmentación de la forma en que se organiza y presta la atención a la salud en sus 17 regiones administrativas. La modalidad utilizada fue integrar formalmente la financiación y la prestación de servicios de atención de salud y sociales. En el 2004, las reformas de salud reorientaron el modelo de atención en 90 centros de servicios de salud y sociales (CSSS) que atienden a poblaciones locales específicas, con un abordaje que integra la accesibilidad y la continuidad de la atención, con servicios de prevención, así como curativos a los más vulnerables (figura 3).

Figura 3. Red local de servicios de salud y de servicios sociales



* Puede ser que un CSSS no incluya un centro hospitalario debido a la ausencia de tal estructura de servicios en un territorio, o de la complejidad de la integración o del reagrupamiento de estos servicios.

CH, centros hospitalarios; CHSLD, centros de residencia y atención de larga duración; CLSC, centros locales de servicios comunitarios; CSSS, centros de servicios de salud y sociales; GMF, grupos de medicina de familia.
 Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y de Servicios, Dirección de Comunicación. El Sistema de Salud y Servicios Sociales en Québec. Quebec: Gobierno de Quebec; 2016. Disponible en: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-731-01WE.pdf>.

Los CSSS han instaurado servicios de salud y de asistencia social basadas en la APS, en torno a clínicas de medicina familiar autónomas. Asimismo, han estimulado el trabajo multidisciplinario ampliando la función del personal de enfermería y de salud pública y captando la participación de grupos comunitarios, incluidos los comités ciudadanos y de representación de la comunidad. Las intervenciones fundamentales han sido:

- ◆ La formación de alianzas entre el personal de enfermería de la comunidad y las salas de urgencia del hospital, para controlar y manejar a los usuarios frecuentes en entornos comunitarios y reducir así las readmisiones.
- ◆ La inversión en educación y formación en atención integral para apoyar el trabajo conjunto y atender a grupos vulnerables en los barrios.
- ◆ Establecer equipos interdisciplinarios con personal de salud y de los municipios para dar apoyo a las personas mayores en el hogar, con énfasis en la vida independiente y la vivienda adaptada.

Algunas de las complicaciones detectadas en Quebec tienen relación 1) con el envejecimiento de la población y sus problemas de salud; 2) con el aumento de las desigualdades entre las clases sociales; 3) con las dificultades para controlar los gastos financieros, y 4) con los cuestionamientos políticos relativos al financiamiento público de la atención en salud a largo plazo. La integración resultó ser problemática, porque los intereses de grupos profesionales y de proveedores autónomos de servicios entran en competencia. La falta de servicios preventivos sigue siendo una debilidad de la atención.

Las lecciones para el futuro de los CSSS en Quebec incluyen:

- ◆ Ampliar las funciones del personal de enfermería en los servicios clínicos y comunitarios.
- ◆ Otros profesionales de la salud deberían participar en la atención para apoyar a los médicos de familia en el entorno clínico.
- ◆ Monitorear la función y calidad de la atención médica privada, especialmente para los ancianos.
- ◆ La participación ciudadana en la gestión y la organización de la APS fue baja, aunque fue mejor en las tareas de planificación.
- ◆ La integración de los servicios curativos y preventivos debería ser mayor en la práctica de la medicina familiar.

Fuente: Mattes H. The Quebec experience in consolidating primary health care and integrating health services. Presentación durante el Foro Regional de la OPS, Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud: experiencias e intervenciones clave, Washington D. C., 13 de julio del 2015.

4. Liderazgo y gestión.

- a. Instaurar programas de apoyo a la gestión de servicios integrados.
- b. Establecer políticas de recursos humanos en apoyo a la implementación de los nuevos modelos de prestación de servicios.
- c. Asignar responsabilidades programáticas operativas a gestores específicos (entidades de gestión integradas o coordinadas).
- d. Proporcionar instrumentos de apoyo a los gerentes para mejorar la planificación, la coordinación y la comunicación.
- e. Elaborar e implementar planes para la creación de capacidades de gestión.
- f. Promover, liderar, negociar, concertar y evaluar la inserción de la salud en todas las políticas para el aseguramiento de la equidad.
- g. Apoyar la descentralización de la gestión y la prestación de servicios para responder a las necesidades de las poblaciones locales.

5. Gobernanza y rendición de cuentas compartidas.

- a. Lograr que la atención integrada sea un derecho y un deber en los sistemas de salud.
- b. Implantar un sistema de regulación coordinado, integrado o unificado y centralizado de gobernanza. La gobernanza debe ser sectorial e intersectorial para impulsar los cambios e innovaciones en la forma como los temas de salud deben ser abordados por los distintos socios del sector y otros sectores del desarrollo.
- c. Desarrollar y mantener sistemas gerenciales de información en salud que permitan la gestión basada en la evidencia sobre el proceso y los resultados en salud de las redes integradas.
- d. Establecer normas comunes de desempeño y acuerdos de gestión específicos para los diferentes ámbitos de la atención.
- e. Negociar con las asociaciones profesionales para fomentar su aceptación de las nuevas formas de trabajo.
- f. Revisar los marcos reguladores del trabajo de los miembros de los equipos multidisciplinarios para facilitar la cooperación.
- g. Centrar la gobernanza en los resultados de salud pública y en los objetivos de desarrollo y no en los procesos.

6. Finanzas.

- a. Aumentar los recursos en apoyo del PNA y la atención integrada.
- b. Asegurar que los mecanismos de pago por servicios y los recursos contribuyan a la integración y no a la fragmentación.
- c. Invertir en prácticas de atención integradas y capacidad, por ejemplo, en la coordinación de la atención en salud y la gestión de casos.
- d. Aumentar la inversión en el mejoramiento de la capacidad de gestión, por ejemplo, para los gerentes a cargo de los equipos de atención integrada de salud.
- e. Reemplazar los pagos basados en el gasto histórico por pagos basados en la población, ajustados según riesgo.
- f. Usar incentivos financieros para las actividades de coordinación de la salud y los conjuntos de prestaciones y servicios integrales de salud.

Creación de un entorno propicio: organizar la prestación de servicios de salud

Uno de los elementos que sustentan las estrategias para ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud es la existencia de plataformas de organización que permitan realizar cambios en el sistema. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que sus Estados Miembros deberían crear entornos propicios para dichas estrategias en el ámbito nacional y regional. Para ello se requiere legislación, reglamentación de apoyo y acuerdos de gobernanza y organización que faciliten la transformación de los sistemas de salud en lugar de oponerse a su evolución (24).

Respecto a la promoción del acceso universal a la salud y de la cobertura universal, numerosos estudios sugieren que las RISS aportan importantes beneficios a los sistemas de salud, entre los que se incluyen: 1) optimización del acceso, 2) integración de la atención, 3) enfoque de continuidad y curso de vida, 4) racionalización de la producción de la salud y el uso tecnológico, 5) complementación del trabajo de generalistas con el de especialistas, 6) mayor involucramiento de la sociedad civil y otros sectores, 7) acceso mejorado, 8) mejora de la eficiencia general del sistema y 9) promoción de servicios que responden mejor, son más accesibles y satisfacen las necesidades y expectativas de la población.

Para apoyar la transición, los participantes del Foro Regional recomendaron:

- ◆ Una política de Estado que promueva las RISS como una estrategia esencial para lograr servicios de salud más accesibles, integrales, integrados y continuos.
- ◆ Un marco jurídico coherente con el desarrollo de las RISS.
- ◆ Instrumentos de políticas públicas para la:
 - Asignación geográfica de la población a la que se atenderá.
 - Planificación de los servicios basada en las necesidades de la población.
 - Definición de los servicios integrales de salud.
 - Estandarización del abordaje centrado en las personas, las familias y la comunidad.
 - Normalización de los abordajes basados en el género y la interculturalidad en los servicios.
 - Sensibilidad a la diversidad de la población.
 - Desarrollo del PNA como punto de entrada a los servicios de salud y coordinador de la atención.
 - Regulación del acceso a la atención especializada.
 - Guías o pautas de práctica clínica (protocolos de actuación).
 - Formación y gestión de los recursos humanos, en consonancia con las necesidades de salud de la población y la atención mediante RISS.
 - Colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en la salud.
 - Adopción de procesos públicos de petición y rendición de cuenta con participación social activa
- ◆ Mecanismos clínicos institucionales
 - Equipos multidisciplinares.
 - Rotación del personal en todos los ámbitos de la atención.
 - Expedientes clínicos únicos (electrónicos, en la medida de lo posible).
 - Directrices para la referencia y contrarreferencia y monitoreo y evaluación de su cumplimiento.
 - Gestión de casos.
 - Telemedicina y telesalud.
 - Autocuidado y atención en el domicilio debidamente apoyados y remunerados

- ◆ Mecanismos institucionales no clínicos (incluye los que apoyan el proceso de atención clínica):
 - Planificación estratégica compartida, asignación de recursos y evaluación de desempeño.
 - Definición y funciones de cada componente de la red como parte de la continuidad de atención.
 - Sistemas de información para la vigilancia de la salud y la gestión de redes de servicios de salud.
 - Centros de citas centralizadas.
 - Sistemas de apoyo clínico y logístico compartidos.
 - Identificador de usuario único.
 - Equipos de servicios sociales para la coordinación intersectorial.
- ◆ Aumento del financiamiento público para la salud de manera eficiente y sustentable, mediante la asignación adecuada de recursos para aumentar la equidad, con prioridad del PNA, para mejorar su capacidad de respuesta y de organizar redes de servicios.
 - El avance hacia la eliminación del pago directo que constituye una barrera para el acceso en el punto de servicio.
- ◆ Regulación como un instrumento eficaz para garantizar:
 - Mejor acceso y calidad de los servicios de salud, en especial en el PNA.
 - Calidad y uso de tecnologías que benefician a las personas y mejoren los resultados de la atención de salud.
- ◆ Inversión en investigación, evaluación y seguimiento:
 - Del sistema de salud y del rendimiento de sus servicios, para generar datos que demuestren el impacto de las reformas del sector del trabajo intersectorial y su impacto en la salud de las personas y las comunidades locales.

Retos de la transformación del modelo de atención

Transformar el modelo de atención hacia uno basado en la APS, centrado en las personas, con un PNA fuerte que privilegie la salud comunitaria y comprenda estrategias de acción multisectorial, es un compromiso complejo.

Probablemente habrá que resolver obstáculos relacionados con los diferentes tipos de establecimientos, proceso que requiere un cambio transformativo sostenido y de largo alcance, así como programas cuyos líderes y gerentes apoyen ese cambio (cap. 5). La transformación de un modelo biomédico en uno con capacidad de comprender las necesidades de la persona como un todo y que emplee equipos multidisciplinarios amenazarán la autonomía de grupos y especialidades profesionales básicas. Asimismo, requerirá que se fomenten nuevas redes de atención para permitir la atención coordinada entre diversos proveedores y establecimientos.

Esto pondrá a los Estados Miembros ante la necesidad de desarrollar y repensar el modelo de atención, que deberá adaptarse y aplicarse en diferentes contextos (25). Los gobiernos trabajarán con diferentes proveedores de atención a la salud y las comunidades locales para tomar decisiones coordinadas y compartidas (véase cap. 4). Asimismo, tendrán que decidir el diseño de los modelos de organización de servicios de salud: quiénes proporcionarán qué servicios y a quién. En otras palabras, los países de la Región tendrán que adaptar los objetivos de la transformación del sistema de salud a sus propias circunstancias.

Transformación del modelo de atención: evidencia y ejemplos de medidas eficaces

Internacionalmente existe evidencia significativa sobre la importancia de reorientar los modelos de atención (25). Las estrategias principales van desde la creación de capacidad en el PNA con base comunitaria hasta promover el acceso a redes integradas con variedad de servicios disponibles localmente. Un elemento clave consiste en generar mayor capacidad de planificación y gestión en salud para dirigir efectivamente las intervenciones quien más lo necesita con un mejor uso de los recursos humanos y financieros.

Las principales estrategias de la transformación del modelo de atención incluyen (26): 1) la inversión en centros de PNA; 2) el establecimiento de la práctica de la medicina y salud familiar y comunitaria; 3) el desarrollo de la fuerza laboral del PNA; 4) el establecimiento de equipos multidisciplinarios y de servicios de extensión comunitarias; 5) la inversión en atención diferenciada par adultos mayores, incluida la domiciliaria; 6) la integración de la atención de salud mental en el PNA y 7) la promoción del uso de nuevas tecnologías para gestionar la atención en comunidades remotas.

Reorientación de los modelos de atención en las enfermedades crónicas

La necesidad de tomar medidas para abordar el problema creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se conoce desde hace muchos años. Sin embargo, a pesar de ser la causa de 70% a 80% de las muertes en la Región, solo alrededor de la mitad de los afectados recibe un diagnóstico de ECNT y, de ellos, solo la mitad recibe tratamiento. Una proporción aún menor cuenta con apoyo para alcanzar los objetivos de su tratamiento. En total, menos de 10% de los pacientes con ECNT puede manejar eficazmente su afección (25). En consecuencia, las ENT constituyen uno de los problemas más importantes y urgentes en la Región, ya que la creciente carga de enfermedades crónicas amenaza considerablemente la salud de la población y el futuro crecimiento social y económico de los países.

En respuesta a esa situación, muchos países han tratado de promover la gestión integrada de las ECNT para la promoción de salud, abordar los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud, y prevenir esas enfermedades. Distintos países han tratado de adoptar o adaptar las versiones del modelo de atención de las enfermedades crónicas³ y la OPS/OMS ha sido fundamental a la hora de proporcionar un marco para mejorar la salud de las personas con afecciones crónicas (7, 26, 27). Ese marco hace hincapié en el reforzamiento del PNA y la constitución de RISS para conseguir que esas afecciones sean responsabilidad del sistema de salud y que permitan mejorar el estado de salud y los resultados clínicos de las personas con ECNT. La atención eficaz de las ECNT incluye (24):

- ◆ La reducción de los gastos directos que los pacientes deben desembolsar para aliviar la carga financiera.
- ◆ Atención centrada en la persona en el PNA, con énfasis en la prevención
- ◆ Atención proactiva y planificada mediante acciones de promoción de la salud.
- ◆ Atención de calidad, incluidos la rehabilitación y los cuidados paliativos.
- ◆ Profesionales de salud entrenados y actualizados con respecto a la gestión y la prevención de las ECNT.

3 También conocido como CCM, del inglés *Chronic Care Model*.

En concreto, la atención efectiva para la promoción de la salud y la prevención de las ECNT requiere nuevas capacidades y roles profesionales en el PNA para la gestión de los factores de riesgo individuales, por ejemplo, el consumo de alcohol, de sal y tabaco, la dieta y la actividad física.

La colaboración multisectorial para lograr la inclusión de la salud en todas las políticas y una visión conjunta es importante para regular el consumo de tabaco, alcohol, alimentos ultraprocesados y ricos en azúcar y sal, además de la planificación urbana que promueva la actividad física y los espacios saludables, la promoción de la salud y la prevención de la violencia social, familiar y en las escuelas. La estrategia de salud en todas las políticas exige también la participación de la comunidad y la sociedad civil, de modo que toda la población entienda las causas de las ENT y se comprometa con las mismas metas: una vida más saludable, un mejor autocuidado, la promoción del cambio y más participación en la toma de decisiones.

El informe de la OPS *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas* (7) ofrece un panorama general de los modelos de atención crónica de la Región. Dichos modelos deben contar con una serie de componentes esenciales que los Estados Miembros deben incluir en el diseño para llevar a cabo los cambios que podrían ayudar a la consecución de la primera línea de la Estrategia (recuadro 3).

Recuadro 3. *La acción de Cuidados innovadores para las condiciones crónicas*

1. Implementar el Modelo de Cuidados Crónicos en su totalidad.
2. Garantizar un enfoque centrado en el paciente.
3. Crear políticas multisectoriales (o revisar las ya existentes) para el manejo de las ECNT, entre ellas el acceso universal a la atención y el alineamiento de los sistemas de pago en apoyo a las mejores prácticas.
4. Crear los sistemas de información clínica (o mejorar los ya existentes) entre ellos el monitoreo, la evaluación y las estrategias de mejora de calidad, como partes integrales del sistema de salud.
5. Introducir el apoyo sistemático al automanejo del paciente.
6. Orientar la atención hacia el cuidado preventivo y poblacional, reforzado por estrategias de promoción de la salud y participación comunitaria.
7. Cambiar (o mantener) las estructuras del sistema de salud para apoyar mejor el manejo y control de las ECNT.
8. Crear redes de cuidados liderados por la APS que apoyen la atención continua y el enfoque de curso de vida.
9. Reorientar los servicios de salud mediante la creación de una cultura de cuidados crónicos, incluyendo atención proactiva basada en la evidencia y estrategias de mejora de calidad.
10. Reorganizar al personal de atención en equipos multidisciplinarios garantizando la capacitación en manejo de ECNT.

Estudio de caso B. Atención de las enfermedades crónicas en Alberta (Canadá)

El sistema de salud de Alberta ha adoptado decididamente el enfoque de APS para prestar servicios a los pacientes con enfermedades crónicas. Para ello utiliza equipos de salud y de atención social multidisciplinarios. El modelo hace hincapié en la atención centrada en la persona y coordinada a lo largo del continuo de atención. Para lograrlo, ha invertido en la promoción de la salud y la prevención de la salud, así como la detección temprana de individuos con alto riesgo, utilizando datos para la estratificación del riesgo. A un año de la instauración del programa y al comparar con la línea de base, el número de pacientes en monitoreo sistemático a causa de varias enfermedades crónicas mostró una reducción significativa de la necesidad de atención hospitalaria. Hubo una disminución de 19% del número de hospitalizaciones de las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y de 34% en las visitas a servicios de urgencia.

Fuente: Delon S, Mackinnon B. Alberta's systems approach to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care model. *Health Quarterly*. 2009;13:98-104.

Reorientación de los modelos de atención del adulto mayor

La aceleración del envejecimiento de la población en toda la Región ha llevado a reconocer que debe ahondarse la gestión integral de las necesidades de salud y de atención social de los adultos mayores, que son complejas. El envejecimiento aumentará la demanda de atención como resultado del incremento del número de personas con enfermedades crónicas múltiples, mayor fragilidad y dependencia. Por lo tanto, la disponibilidad de nuevas formas de atención y apoyo deberán adaptarse a esas nuevas exigencias.

El reciente Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud define objetivos, estrategias y actividades que las regiones de la OMS y sus Estados Miembros deberían seguir. El informe establece un marco global para la acción de salud pública. La visión propuesta es un mundo en el que todos los países se comprometan a fomentar un envejecimiento saludable, con planes de acción establecidos a fin de maximizar la capacidad funcional de todos. Se prevén cuatro temas prioritarios (28):

1. Compatibilizar los sistemas de salud con las necesidades de la población de la tercera edad.
 - a. Establecer y garantizar el acceso a los servicios que proporcionan atención centrada en la población de la tercera edad.
 - b. Reorientar los sistemas de salud para la atención centrada en la población de la tercera edad.
 - c. Garantizar una fuerza laboral sostenible con la formación adecuada para la atención intramural y extramural del adulto mayor.
2. Desarrollar sistemas de atención a largo plazo.
 - a. Establecer las bases de un sistema de atención a largo plazo.
 - b. Desarrollar y mantener una fuerza laboral sostenible y adecuadamente capacitada a largo plazo.
 - c. Asegurar la calidad de la atención a largo plazo.

3. Crear entornos amables con las personas de edad.
 - a. Combatir la discriminación por edad.
 - b. Favorecer la autonomía del individuo.
 - c. Apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y todas las esferas de gobierno.
4. Mejorar la medición, seguimiento y entendimiento.
 - a. Acordar métricas, medidas y abordajes analíticos para el envejecimiento saludable.
 - b. Comprender mejor el estado de salud y las necesidades de la población de edad mayor.
 - c. Mejorar el entendimiento de la trayectoria de envejecimiento saludable y qué se puede hacer para mejorarla.

Según el informe de la OMS, la mejor manera de optimizar la capacidad funcional de las personas de la tercera edad es colocándolas en el punto central de la prestación de servicios. En la práctica, esto se refiere a coordinar la atención y los servicios en torno a todas las necesidades de las personas mayores, a saber:

- ◆ Elaborar caracterizaciones completas de necesidades y planes de atención.
- ◆ Establecer servicios del PNA lo más cerca posible del lugar de residencia de las personas.
- ◆ Establecer equipos de atención de salud y social multidisciplinarios para apoyar la gestión de la atención en la comunidad.
- ◆ Contribuir a la autogestión de las personas mayores, proporcionando apoyo de pares, formación, información y asesoramiento (27).

Los principios ilustrados en la figura 4 guardan estrecha relación con las líneas de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. También analizan las nuevas capacidades de los sistemas de salud que serán necesarias para afrontar las necesidades de la población de edad mayor y promover el envejecimiento saludable. En la actualidad, los mayores de 60 años en las Américas a menudo son receptores de una atención de baja calidad. Por ejemplo, tienen menos probabilidades de recibir tratamiento adecuado y más probabilidades de ingresar en los servicios de urgencias de los hospitales (7).

La continuidad y el mejoramiento de la calidad en la atención al adulto mayor contempla: 1) la garantía del acceso a los establecimientos de PNA; 2) consultas más extensas; 3) disponibilidad de cuidados intermedios (tanto en el hospital como en los servicios de rehabilitación y recuperación); 4) la capacitación para el autocuidado y para los “cuidadores de adultos mayores”, que en ocasiones son los propios familiares u otros adultos mayores (“escuela de cuidadores”); 5) equipos de respuesta urgente de salud y asistencia social, y 6) servicios en el hogar para apoyar la prevención, con enlace a servicios de geriatría y comunitarios y equipos de especialistas que asistan a las personas mayores al final de su vida y promuevan la dignidad al morir. Es importante destacar la importancia de la relación con los servicios de geriatría, para evaluación geriátrica, definición de riesgos del adulto mayor y orientación de prioridades del manejo en el PNA y en la especializada, de ser necesaria.

En muchos países de la Región ya se trabaja en el tema del envejecimiento saludable. En Brasil, el envejecimiento se ha incorporado al programa nacional de salud familiar para promover las visitas a domicilio de equipos multidisciplinarios compuestos de médicos, enfermeras y trabajadores

sociales, que tienen vínculos de referencia establecidos con los consultorios de PNA. En Quebec, Canadá, el *Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy* (PRISMA), que coordina la atención de los adultos mayores, tiene por objeto que los pacientes mantengan su autonomía. Los servicios otorgados incluyen la hospitalización, la atención de urgencia, la atención hospitalaria ambulatoria, la atención de primer nivel, la atención geriátrica especializada, la rehabilitación, el hogar de ancianos, el tratamiento, el cuidado personal, la atención a domicilio, las comidas a domicilio, los centros de atención diurna, la farmacia, los equipos, los materiales de construcción y la ayuda doméstica (29). PRISMA sigue siendo el único modelo internacional de coordinación de la atención a las personas mayores que se ha evaluado extensamente y ha demostrado mejoras en la calidad de la atención y en la experiencia en la atención, sin costo adicional para el sistema de salud (30).

Figura 4. Diez servicios integrados para la atención centrada en la persona dirigida al adulto mayor



Fuente: Modificado de Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. The King's Fund, Londres. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf.

Estudio de caso C. Integración del envejecimiento en la estrategia nacional de salud de la familia, Brasil

En el 2006, la política nacional de salud y envejecimiento de Brasil permitió dar mejor atención a los adultos mayores, al aprovechar el compromiso del país con la cobertura de salud universal y su sólido programa nacional de salud familiar.

Una característica fundamental del programa de salud familiar es el uso de equipos multidisciplinarios compuestos no solo de médicos y personal de enfermería, sino también de fisioterapeutas, psicólogos, especialistas en educación física, nutricionistas y terapeutas ocupacionales, entre otros. Estos equipos trabajan juntos en un centro de apoyo a la salud de la familia, que ofrece visitas a domicilio, servicios sociales, de salud y de extensión a la comunidad; detección de casos, y visitas domiciliarias en una zona geográfica definida.

Todos los profesionales de la salud aprenden a evaluar el estado funcional de las personas mayores, entre otros, su fragilidad y su estado psicosocial. Esta evaluación global se ha convertido en un instrumento fundamental para integrar la atención de diversos servicios y proveedores. La capacitación se complementa con nuevas normas para la APS integral de las personas mayores.

Las consideraciones acerca del envejecimiento se integraron a una variedad de procedimientos de atención clínica y se introdujeron nuevas intervenciones especialmente para los adultos mayores. De las últimas, algunas se prestan en la propia comunidad del adulto mayor por grupos de autoayuda y mediante clases para fomentar comportamientos saludables, ejercicio físico y clases de baile. Una fortaleza del programa ha sido el compromiso y la participación de la comunidad. Por ejemplo, las personas mayores y los voluntarios están a cargo de gran parte de la asistencia social que se presta.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.

A partir de la revisión de la bibliografía, incluido el análisis en profundidad de siete estudios de casos, ha surgido recurrentemente una serie de elementos que contribuyen al fortalecimiento de los sistemas de atención para satisfacer las necesidades de la población de la tercera edad (31, 32), entre ellos: 1) un punto de entrada único al PNA; 2) evaluaciones integrales de las necesidades de salud; 3) planificación de la atención; coordinación de la atención por gestores de casos designados, y 4) una adecuada red integrada de servicios de salud.

Integración de la atención de la salud física y mental

La salud mental es un componente vital de la salud y bienestar general de las personas. Tal y como afirma la OMS, “no puede haber salud sin salud mental” (33), puesto que la salud física y la mental son mutuamente dependientes. Tener una afección física aumenta significativamente el riesgo de tener un problema de salud mental y viceversa.

La prevalencia de problemas concomitantes de salud mental y física es elevada. Una revisión bibliográfica sugiere que, en general, alrededor de 45% de las personas con problemas de salud mental tienen también un problema de salud física a largo plazo. Del mismo modo, las personas con enfermedades cardiovasculares o respiratorias crónicas, diabetes o trastornos musculoesqueléticos crónicos tienen de dos a tres veces más probabilidades de experimentar un problema de salud mental que la población general (34).

En las Américas, la evidencia sugiere que:

- ◆ La asociación entre la depresión y la ansiedad es tres veces más frecuente entre las personas con enfermedades cardíacas (en la población que ha sufrido infarto del miocardio) que entre las que padecen una depresión grave en general.
- ◆ La depresión es un factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular.
- ◆ La concomitancia de diabetes y depresión es elevada, tal como indica que 60% de las personas con depresión muestren mayor riesgo de tener diabetes tipo 2.
- ◆ La tasa de mortalidad por problemas de salud mental es baja, pero se asocia a más de 90% de los suicidios, unos 65 000 al año en las Américas.
- ◆ Menos de 50% de las personas con síntomas claros de depresión tienen probabilidad de ser diagnosticadas por un médico y entre 35% y 50% de los pacientes con necesidad de atención por problemas de salud mental graves no la reciben (33).

La interacción entre salud mental y física se agrava significativamente con la privación social. Por ejemplo, entre los pacientes con múltiples trastornos físicos que pertenecen a los grupos socioeconómicos más bajos, la prevalencia de las enfermedades mentales alcanza casi 50% (35). Los síntomas sin explicación médica también son muy frecuentes y dan cuenta de 15% a 30%, aproximadamente, de todas las consultas de PNA (36).

Las personas con problemas de salud mental concomitantes con afecciones físicas tienen malos resultados en relación con las últimas. Las tasas de mortalidad entre las personas con enfermedades cardiovasculares o diabetes, por ejemplo, son significativamente más altas para aquellos que, además, sufren depresión (37, 38). Los resultados son particularmente deficientes entre las personas con esquizofrenia u otras psicosis, para quienes la mortalidad excesiva es atribuible en gran medida a su precaria salud física, que acorta la esperanza de vida entre 15 y 20 años, en comparación con la de la población en general (39).

Los problemas de salud mental también reducen el acceso a la atención de problemas de salud física. Un estudio canadiense mostró que las tasas de revascularización entre las personas con enfermedad cardíaca isquémica resultaron ser significativamente más bajas entre quienes también sufrían demencia o psicosis (tasas ajustadas por necesidad clínica) (40).

Aproximadamente 15% de la población de las Américas sufre afecciones físicas y mentales concomitantes. Como resultado, una persona con problemas graves de salud mental puede vivir unos 25 años menos que la población general. Este asunto es grave y urgente, pues no solo reduce la esperanza de vida sino también su calidad, y además se asocia con costos mucho más altos para el sistema de salud debido a la falta de promoción y prevención, al abordaje hospitalario de la salud mental y psiquiátrica, y a las complicaciones consecuentes a las condiciones crónicas mal atendidas (38).

El informe de la OMS/WONCA⁴, *Integración de la salud mental en la atención primaria: Una perspectiva global*, mostró cómo el acceso mejorado, la promoción y el respeto de los derechos de las personas en la atención de la salud mental puede conducir a mejores resultados de atención y a un acceso más oportuno (41). La salud mental se atiende mejor en los centros de PNA para apoyar la rehabilitación, en vez de en hospitales y en asilos. Sin embargo, sigue existiendo falta de atención y de recursos para la salud mental en comparación con otras enfermedades crónicas, así como una carencia constante de capacidad profesional, sobre todo en entornos de PNA y salud comunitaria.

En apoyo a los servicios integrados de salud física y mental en los Estados Miembros, la Directora General de la OMS presentó la Guía de intervención mhGAP⁵ en octubre del 2010 (42), que propone ampliar la atención a los trastornos mentales, neurológicos y el uso de sustancias. La Guía indica cómo establecer prioridades aplicando criterios para seleccionar las intervenciones (por ejemplo, alta carga de enfermedad, alto costo) y cómo elegir un conjunto de afecciones prioritarias. También proporciona un esquema para abordar el cambio y la inversión para mejorar la atención y el tratamiento de las personas con necesidades de salud mental (figura 5).

Estudio de caso D. Desarrollo de servicios integrados de salud física y mental en Las Bahamas

En Las Bahamas, la integración de los servicios de salud física y mental ha tenido el apoyo de un sistema local de salud que integra PNA y medicina familiar, los servicios de salud de la comunidad y la atención hospitalaria. Al utilizar el mhGAP, los servicios de salud mental se han integrado a los centros de PNA. Así se ha ampliado la variedad de servicios disponibles y se ha promovido el acceso a los servicios de salud mental para tratar problemas conductuales. Estos han recibido apoyo de programas de educación, comunitarios y servicios de extensión que fomentan estilos de vida saludables. Estos elementos son parte de una estrategia más amplia para llevar los servicios desde los hospitales hacia la atención en la comunidad.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. The Bahamas, presentación de Sharon A. Williams. 13 a 17 de julio del 2015, Washington, D.C.

4 World Organization of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia).

5 Programa GAP de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud.

Figura 5. Marco para la acción de mhGAP

Fuente: Modificado de Organización Mundial de la Salud. Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.

El modelo de atención colaborativa es el que cuenta con un mejor diseño para favorecer la atención y los resultados de las personas con problemas de salud física y mental (43) y se ha probado ampliamente en varios países. Los componentes básicos de la atención colaborativa son:

- ◆ La gestión proactiva de las afecciones físicas y mentales a cargo de gestores de casos, no médicos, que trabajen en estrecha colaboración con un médico de cabecera y otro personal de atención primaria.
- ◆ Reuniones periódicas de supervisión entre el encargado del caso, el personal de atención primaria y un especialista en salud mental en las que se analizan los casos nuevos y los progresos de los pacientes existentes.
- ◆ El uso de protocolos de atención estandarizados por el gestores de casos.
- ◆ La exploración activa de la relación entre el bienestar y las afecciones físicas y mentales por el gestores de casos.
- ◆ En algunas ocasiones, los gestores de casos también pueden capacitarse para ofrecer intervenciones psicológicas breves.
- ◆ Concentración en la educación y la transferencia de destrezas entre los diversos profesionales que intervienen en el proceso de atención colaborativa (44).

El modelo de atención colaborativa a menudo se ha utilizado en el contexto de las RISS. En Estados Unidos de América, organizaciones como Intermountain Healthcare, la Administración de Salud de los Veteranos y Kaiser Permanente han utilizado los principios de la atención colaborativa (Estudio de caso E) (45) como parte de grandes programas de atención que tratan de integrar los servicios de salud mental en el PNA.

Estudio de caso E. Integración de la salud mental en Intermountain Healthcare, Estados Unidos de América

En la década del 2000, los médicos del PNA de Intermountain Healthcare, un sistema de salud sin fines de lucro que opera en los estados de Utah e Idaho, detectaron la necesidad de contar con una forma más eficaz de apoyar al gran número de personas con problemas de salud mental que a menudo también padecen una combinación de enfermedades físicas, problemas de abuso de sustancias y circunstancias sociales complejas. Para responder a esa situación, Intermountain desarrolló un programa de integración de la salud mental (ISM) que se ha desplegado en la mayoría de las consultas del PNA.

El programa consiste en médicos de PNA que asumen una mayor responsabilidad en la prestación de servicios de salud mental con el apoyo de equipos multidisciplinarios reforzados. Son elementos fundamentales del modelo los siguientes:

- ◆ Atención prestada por equipos con profesionales de salud mental que forman parte del equipo de atención primaria, que cuentan con aportes de psiquiatría, psicología, enfermería psiquiátrica y trabajo social.
- ◆ Miembro del personal de enfermería que gestiona el caso y coordina el apoyo médico, psicológico y social.
- ◆ Inversiones significativas para dar capacitación práctica al personal (médicos, personal de enfermería, recepcionistas y otros), con miras a generar conciencia sobre la salud mental, proporcionar habilidades de comunicación empática y compartir la toma de decisiones.
- ◆ Registros médicos electrónicos compartidos accesibles a todos los miembros del equipo.
- ◆ Detección proactiva de problemas de salud mental entre los grupos de alto riesgo.
- ◆ Autogestión respaldada de salud física y mental.
- ◆ Uso de recursos de la comunidad y apoyo de pares.
- ◆ Uso de registros de enfermedades y directrices basadas en la evidencia.
- ◆ Aprovechamiento de las nuevas tecnologías, por ejemplo, telesalud y teleasistencia.

Como parte de este programa, la salud mental se presta como atención escalonada, con equilibrio de responsabilidades entre el PNA y la atención especializada, según el grado de complejidad. En general, alrededor de 80% de la atención de salud mental no la prestan especialistas. Las evaluaciones del modelo han encontrado mejoras significativas de los resultados de salud física y mental, de la autogestión y de los costos de la atención, que resultan ser más bajos.

Estudios como el de la Prueba TEAMcare en los Estados Unidos de América (46) han encontrado que las intervenciones de atención colaborativa pueden mejorar la recuperación de la depresión entre los pacientes con diabetes o enfermedades coronarias, o ambas, al mismo tiempo que mejoran la autogestión de la salud física. Esa fue también la conclusión de una revisión sistemática realizada por Huang et al. (47). La atención colaborativa también parece ser altamente costo-efectiva y puede reducir los costos (48, 49).

La integración de la atención de la salud física y mental debe ser una estrategia central de los Estados Miembros para abordar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Este es un elemento importante de la atención de la salud que en el pasado no ha despertado suficiente interés, pero debería ser una prioridad para la mejora de los servicios y la investigación en los sistemas de salud en la Región.

Estudio de caso F. Estrategia de salud de la familia, Brasil

Durante años, Brasil ha adoptado el fortalecimiento del PNA centrado específicamente en las familias. Ese modelo se organizó a través de unidades descentralizadas para promover la equidad y la integralidad con el soporte de Saude de Familia (Estrategia de Salud de la Familia). Desde 1994, la cobertura de salud de la población de Brasil ha mejorado progresivamente. Esta representa una de las innovaciones más importantes y significativas de la APS en todo el mundo.

Para el 2015, la Estrategia de Salud de la Familia había establecido unos 38 478 equipos de atención de salud que empleaban a más de 260 000 trabajadores localizados en zonas de poblaciones vulnerables. Los equipos multidisciplinarios, con asignación de zonas geográficas, se han convertido en el primer contacto para cuestiones de salud y 62% de la población ahora tiene acceso a los equipos de PNA locales en 5 430 municipios. La cobertura alcanza a unos 120 millones de personas.

A pesar de haberse mejorado el acceso y los servicios del PNA, aún existen obstáculos para aplicar mejoras adicionales. Estos incluyen problemas estructurales y de organización, falta de profesionales capacitados en salud de la familia (solo 5% en el 2009) y variaciones constantes en la cobertura y la calidad de la atención. La formación para proporcionar más destrezas al personal médico y de enfermería es esencial para que los servicios de salud familiar se extiendan a las comunidades más pobres y así cumplir con la aspiración de acceso universal a la salud.

Fuente: Facchini L. BRASIL. The Family Health Strategy. Presentación en el Foro Regional de la OPS. Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions, Washington, D. C., 13 de julio del 2015.

Inversión en el primer nivel de atención y salud familiar

La inversión en la capacidad resolutoria del PNA se asocia a una serie de beneficios, entre ellos la mejora del acceso a la atención; la detección de problemas de salud y mayores coberturas de inmunización; las mejores tasas de mortalidad; la reducción del uso de hospitales, y los sistemas de atención más equitativos y eficientes (23). La salud familiar también puede dar lugar a distintos beneficios para la población, ya que fomenta una relación más estrecha entre el equipo de salud del PNA y otros profesionales (el equipo de salud de PNA o de salud familiar) que atienden a las comunidades locales a las que sirven. Esto fomenta un mayor acceso y uso de los servicios de PNA, además de presentar mejores oportunidades de poner en marcha estrategias de participación y empoderamiento. También proporciona una plataforma para apoyar nuevos tipos de servicios necesarios para satisfacer las necesidades de los adultos mayores y de las personas con necesidades complejas de salud física y mental, por ejemplo, mediante la ampliación de las actividades de atención domiciliaria y la rehabilitación basada en la comunidad.

Equipos multidisciplinarios basados en la comunidad

Los equipos multidisciplinarios basados en la comunidad son un mecanismo esencial para coordinar la atención prestada a las personas, las familias y las comunidades, entre ellos, a las personas con enfermedades crónicas múltiples o complejas en establecimientos de PNA y atención comunitaria. Se han puesto en práctica varios abordajes distintos, algunos específicos según la enfermedad y otros para múltiples afecciones. A menudo, se trata de proporcionar gestión de casos mediante atención específica y coordinada para dar apoyo y gestionar las necesidades de cuidado del paciente, así como para facilitar su empoderamiento con el fin de que se haga cargo de su autocuidado.

Los equipos multidisciplinarios necesitan formación para el personal profesional, además de apoyo, ya que se trata de una nueva forma de trabajo colaborativo. En términos generales, el trabajo en equipo aporta numerosos beneficios, por ejemplo, mejora la moral del personal y su satisfacción en el trabajo, la experiencia de atención es más satisfactoria, se toman decisiones clínicas más apropiadas y las personas obtienen mejores resultados (25).

Estudio de caso G. Promoción de la atención integrada y centrada en la persona mediante la creación de equipos multidisciplinarios descentralizados en Perú: redes integradas de servicios de salud

En Perú existe un compromiso creciente con el desarrollo de una visión más holística de la prestación de servicios y de la atención centrada en la persona para atender las necesidades de la población y lograr un cambio de los determinantes sociales de la salud. Ese esfuerzo descansa en el trabajo intersectorial y en la participación social. En gran medida, la visión se ha basado en el PNA y está orientada a la familia. La organización de la atención se ha descentralizado a los sectores regionales y locales apuntalados por gestores de equipo, equipos multidisciplinarios y la ambición de crear un sistema de información unificado de salud. La RISS también ayudó a reducir la brecha artificial entre el PNA y la atención hospitalaria y a hacer hincapié en los servicios centrados en las personas.

El trabajo intersectorial a nivel local es posible con la construcción de alianzas entre los servicios de atención y las comunidades locales, y cuando se enfatiza concertadamente la elaboración de protocolos de atención, la infraestructura y los sistemas de apoyo. Se ha comprobado mayor satisfacción entre el personal y un aumento de la disponibilidad de servicios básicos de salud. Las prioridades del programa RISS a futuro incluyen:

- ◆ Desarrollar nuevas estrategias para promover la prevención.
- ◆ Reducir las hospitalizaciones y las intervenciones innecesarias.
- ◆ Proporcionar cobertura 24 horas al día y 7 días a la semana, con un proceso continuo de atención disponible en el PNA.
- ◆ Mejorar la atención de los casos actuales (a largo plazo).
- ◆ Mejorar la transición de la atención entre el hospital y el hogar y viceversa.
- ◆ Lograr que la atención sea compartida por diferentes proveedores de salud y sectores y que existan relaciones de confianza y se compartan datos e información.
- ◆ Reconocer la importancia de los hospitales al igual que sus limitaciones y utilizarlos como sistemas especializados que deben promover el cuidado en el hogar y en la comunidad.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. Perú, presentación de Fernando Carbonell. 13 a 17 de julio, 2015, Washington, D.C.

Tecnologías de la información y la comunicación

La rápida evolución tecnológica está permitiendo innovar en la forma en que se planifica y presta la atención. Se ha avanzado significativamente en el uso de aplicaciones de monitoreo remoto del tratamiento de enfermedades como la diabetes y la EPOC, gracias al crecimiento de las aplicaciones móviles de salud. Cuando se emplean bien, esos métodos facilitan el autocuidado, los servicios de apoyo y el monitoreo de los síntomas para facilitar la intervención temprana.

Las nuevas tecnologías no sustituyen los servicios de salud existentes proporcionados en el contexto de la APS y de la comunidad y, a menudo, su costo y aspectos técnicos limitan su uso, especialmente cuando se toma en cuenta el contexto cultural de los diferentes grupos de población. No obstante, la e-salud se utiliza ahora ampliamente en toda la Región como una forma de complementar el acceso a los servicios, especialmente en localidades rurales y remotas. También, para facilitar la coordinación de la atención entre proveedores (50, 51).

Estudio de caso H. Fortalecimiento del primer nivel de atención con nuevas tecnologías, Panamá

En Panamá, se ha hecho un uso estratégico de las nuevas tecnologías como un medio para fortalecer el PNA. Para ello se han puesto en marcha los registros de atención electrónicos, que son instrumentos de sostén de las decisiones sobre el diagnóstico, control de los síntomas y seguimiento de los pacientes, como parte de la planificación de la atención y la gestión de la enfermedad. La compatibilización de los registros de salud ha ayudado a mejorar la comunicación entre profesionales y proveedores de atención de la salud. Los sistemas de información y el intercambio de datos permiten la gobernanza clínica, la evaluación y el seguimiento. También sirven para mejorar la asignación de recursos escasos donde el personal y la infraestructura física son limitados.

El desarrollo de la telemedicina ha permitido la gestión remota de los pacientes mediante el establecimiento de hospitales virtuales en comunidades; ha mejorado el control de los síntomas, y ha facilitado el autocuidado. Algunas dificultades de la marcha del programa han sido la escasez de recursos humanos y financieros para apoyar la telemedicina, así como los costos y la disponibilidad de la propia infraestructura tecnológica. Los profesionales y usuarios del servicio a veces se han resistido los cambios: también se requieren nuevas destrezas, por lo cual podría ser necesario instaurar programas de educación y certificación.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. Panamá, presentación de Reina Roa. 13 a 17 de julio, 2015, Washington, D.C.

Resumen y recomendaciones

En este capítulo se ha examinado la necesidad de fortalecer y transformar la organización y la gestión de los sistemas de salud en los Estados Miembros con el fin de cumplir con la primera línea de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. También se ha bosquejado cómo la capacidad de ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud requiere que se refuercen la capacidad y las destrezas en el PNA y en el continuo de la atención para crear RISS. Los desafíos y los requisitos para esta reorientación de servicios tienen efectos fundamentales en los sistemas de salud, en la manera de realizar el cambio transformativo. Las experiencias expuestas y los casos analizados en este mismo capítulo proporcionan diversas recomendaciones estratégicas y prácticas en ese sentido. El mensaje clave es que, si bien hay una serie de aspectos fundamentales

en la transformación de los modelos de atención para satisfacer las demandas de las nuevas generaciones en las Américas, corresponderá a los Estados Miembros adaptar esos principios a las particularidades de la prestación de servicios en el ámbito local.

En cuanto al desarrollo de nuevos modelos de atención, la evidencia, los estudios de casos y las deliberaciones de expertos en el Foro Regional sirven para recordar que existe un consenso indudable y acuerdo político sobre la necesidad de adoptar nuevas formas de atención, coordinadas por el PNA y la prestación de salud de forma integrada. Sin embargo, parece que hay muchas avenidas, con variaciones sutiles, para lograr el éxito, dependiendo de dónde se centre el trabajo: en torno a las personas, para manejar las afecciones crónicas; a las personas mayores para apoyar un envejecimiento activo y saludable; a las personas con problemas de salud física y mental, para quienes el bienestar emocional y espiritual es tan importante como el acceso a los servicios de salud con profesionales suficientes y capacitados y tecnología y medicamentos apropiados. Otro aspecto esencial de los nuevos modelos de atención es la fuerte vocación hacia el enfoque intersectorial y el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud y la participación social y el empoderamiento.

La evidencia también apunta a la necesidad de contar con estrategias simultáneas según quién sea el objeto de la atención, ya sea el paciente, la familia, una comunidad definida o la población general del país como un todo. Del mismo modo, la organización de los servicios en torno a los nuevos modelos centrados en las personas y las comunidades debe integrar de manera eficaz la atención en los servicios y en la comunidad a través de diversas redes de proveedores y organizaciones. Por lo tanto, al nivel de servicio, habrá que instaurar mecanismos que apoyen eficazmente la coordinación de la atención entre los nuevos socios que participan en el cuidado o establecer nuevos equipos multidisciplinarios con destrezas mejoradas. La capacidad para lograrlo se basa en la eficacia del modelo de organización de la atención y la forma en que se dirige y gestiona. A su vez, dichas capacidades se ven influidas significativamente por la gobernanza, la rendición de cuentas, la regulación y consideraciones financieras que necesitan ser efectivamente compatibles para proporcionar una plataforma propicia para la transformación.

La complejidad de la tarea de transformar el modelo de atención ha llevado a los Estados Miembros a solicitar orientación práctica acerca de cómo hacer avanzar el proceso. A lo largo de este capítulo hemos tratado de exponer los elementos para hacer frente a ese trabajo. Un mensaje crucial que se suscita, sin embargo, es que en última instancia, los Estados Miembros tendrán que embarcarse en su propia travesía de transformación. Si bien hay mucho que aprender de las experiencias y los ejemplos de otros países, en cada caso deben abordarse temas relativos a la priorización de servicios para satisfacer las necesidades específicas de la población y las comunidades. También significa que todos los sistemas de salud tendrán que adoptar un proceso de cambio transformativo para lograrlo.

CAPÍTULO 3



AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

Priorización y especificación de los servicios y beneficios de salud

En este documento se han analizado distintas evidencias y estudios de casos para explicitar diversas formas de transformar los sistemas de atención de la salud, para expandir el acceso equitativo a un conjunto más amplio e integral de servicios a la población, mediante la inversión en servicios del PNA y centrados en la comunidad. Sin embargo, con el fin de tomar las decisiones estratégicas y de inversión correctas, es esencial que los Estados Miembros evalúen continuamente y valoren el conjunto de prestaciones y servicios ofrecidos, y determinen cuáles deben estar disponibles universalmente y en qué nivel del sistema de salud.

La *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (4)* propone la ampliación progresiva hacia el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, centrados en las personas y las comunidades. Una tarea crítica de la toma de decisiones es la selección de los servicios y beneficios que serán priorizados. Esto tiene el fin de armonizar un conjunto específico de prestaciones y servicios integrales para las personas y las comunidades, con miras a mejorar su salud y bienestar (52).

El establecimiento de prioridades para definir la ampliación progresiva de los servicios de salud de calidad deberá utilizar una combinación de métodos que reúna a los principales interesados, es decir, gobiernos, reguladores, proveedores, profesionales, comunidades y usuarios, para tomar decisiones eficientes y consistentes con los objetivos del sistema de salud. Esos métodos pueden incluir modelos económicos (como el análisis de costo-efectividad), evaluaciones de la tecnología de la salud, análisis de la equidad y mapas epidemiológicos, evaluaciones de la calidad de la atención y el acceso a ella, así como la participación de la sociedad civil.

En el Reino Unido, ese tipo de decisiones están respaldadas por instituciones con capacidad de tomar decisiones objetivas basadas en la mejor evidencia disponible (en este caso, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica o NICE). NICE y WHO-CHOICE⁶ están dando progresivamente un mayor acceso a instrumentos para asignar prioridades (23). La estrategia de la OMS para un uso racional de medicamentos también puede servir de guía a los países en relación con el establecimiento de políticas, estructuras, información y educación y, en particular, pautas clínicas basadas en la evidencia para respaldar la toma de decisiones.

Sin embargo, dicha capacidad institucional no está disponible en la mayoría de los países de la Región, lo que lleva a preguntarse cómo podría avanzarse de la mejor manera en el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones y cuáles son los retos y los temas clave en los Estados Miembros para impulsarlas con éxito.

Bases de la ampliación progresiva de los servicios de salud

En el Foro Regional se presentaron puntos sobresalientes para la ampliación progresiva del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y la comunidad, y se debatieron elementos conceptuales y metodológicos que respaldan la elaboración de recomendaciones, que surgen de la experiencia acumulada en la Región.

Las cuatro líneas de acción principales de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (4)* son estrategias interdependientes que apoyan el objetivo de proporcionar acceso universal a la salud y cobertura universal de salud. Para lograrlo, es indispensable saber qué implica la calidad y la ampliación de la atención que se requiere para obtener servicios de salud universales e integrales, acordes con las necesidades de salud y las prioridades de los Estados Miembros y con su capacidad operativa y financiera. Puesto que ningún sistema de salud puede cubrir todas las necesidades, es necesario reflexionar, analizar y dar prioridad a lo que hay que hacer, y seguir un proceso racional para la toma de decisiones que sea objetivo, transparente y basado en la evidencia.

La definición del abordaje (recuadro 4) tiene por objeto especificar cómo se debe lograr la ampliación progresiva de los servicios de salud. Es un conjunto de operaciones continuas, basadas en la evidencia para seleccionar un conjunto de prestaciones y servicios integrales que los sistemas nacionales de salud pueden garantizar a las personas, las familias y las comunidades, dependiendo de la fase de desarrollo en que se encuentren. Algunos sistemas de salud, como el de Brasil, ya habían establecido la prestación de servicios integrales. En varios países de la Región ya se han otorgado ciertas garantías como expresión del derecho a la salud que se asocia a la prestación de servicios. Sin embargo, aún se requiere una especificación mayor de cuáles están realmente garantizados, y las personas pueden tener acceso universal y pueden exigirlos.

6 Programa de la OMS de selección de intervenciones costo-eficaces.

Recuadro 4. Definición de la ampliación progresiva de servicios de salud (16)

La construcción de una relación ordenada en la que estén incluidos y descritos el conjunto de derechos específicos, definidos explícitamente en términos de servicios, tecnologías o necesidad para dar la respuesta que el sistema de salud proporcionará a una comunidad, para permitirles el acceso justo, independientemente de su situación financiera y de empleo. Los servicios definidos pueden enumerarse en los programas integrados universales, ya sea expresados en términos de servicios garantizados o en conjuntos de prestaciones y servicios integrados.

Un conjunto de especificaciones de servicios cuenta con dos elementos clave:

1. **Protección social:** para proporcionar ciertas garantías a la sociedad sobre su derecho a la salud (por ejemplo, a través de garantías de acceso).
2. **Prestación de la atención:** los servicios y programas de atención que se proveerán y la forma en que se ofertaran (por ejemplo, por RISS).

Los servicios deben ser integrales, continuos e integrados al curso de vida de las personas, por lo que abarcan la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, además de la rehabilitación y los cuidados a largo plazo. Por lo tanto, la atención debe estar disponible para todos, de acuerdo con su necesidad, y no se debe segmentar ni depender de la capacidad de pago de la persona. Consecuentemente, cualquier conjunto de prestaciones y servicios debe ser universal; progresiva, integral, viable y sustentable; tener base científica y validación social.

Por tanto, las implicaciones para los sistemas de salud de la Región son de largo alcance, ya que dichas aspiraciones requieren de una fuerte voluntad política y de procesos políticos de negociaciones y concertaciones, institucionales y sociales, que conduzcan al establecimiento de un conjunto de prestaciones y servicios integrales de salud totalmente desarrollado, sujetos a regulación, monitoreo y evaluación. El método es un desafío a la forma en que se negocian acuerdos políticos y sociales y se financia la atención, ya que la especificación de la prestación de servicios tendrá que incluir acuerdos sobre el financiamiento apropiado y necesario de dichos servicios. Este tipo de trabajo también influye en la forma en que se implementan los nuevos modelos de atención, mediante el acceso ampliado al PNA y la mejora de la coordinación de la atención para personas con necesidad de servicios a mediano y largo plazo en los diferentes establecimientos de salud, o en sus hogares u otras instituciones sociales y comunitarias, con apoyo de las RISS. El abordaje también requiere capacidades técnicas de los sistemas de salud, que son necesarias para decidir las especificaciones y las prioridades para la inversión, entre otras, la disponibilidad de información detallada y datos operativos, las finanzas y los resultados; la evaluación de tecnologías de salud; la evaluación económica; la epidemiología, los desarrollos gerenciales, el asesoramiento jurídico y la participación social

Además de las bases para elaborar y especificar los servicios y las prestaciones, la atención debe planificarse de modo que pueda ampliarse progresivamente, si ha de satisfacer la aspiración de proporcionar acceso universal a la salud y cobertura universal de salud. Esto requiere gestión continua para que la población conozca sus derechos y beneficios; para determinar el valor de las intervenciones y servicios; para actualizar y ampliar los conjuntos de beneficios, y para evaluar de forma continua la prestación de los servicios a la luz de las necesidades siempre cambiantes y los recursos disponibles.

Retos de la priorización de los servicios

La priorización de los servicios que se habrá de incluir en los conjuntos garantizados de servicios de salud nacionales ha sido objeto de considerable debate durante años en la Región de las Américas (54, 55). Históricamente, la discusión se ha dado en torno a la compra estratégica de los servicios de salud y la búsqueda permanente de las mejores intervenciones o conjuntos de servicios. Actualmente, en la Región la especificación de los servicios de salud y de los beneficios tiene diversos grados de desarrollo, según el país, al igual que respecto a la formulación del derecho a la salud. Por ejemplo, mientras que los sistemas de atención en países como Brasil ya cuentan con una lista de los servicios y prestaciones que son parte de sus programas de salud universales, otros tienen restricciones o limitaciones (cuadro 2).

La priorización y selección de los conjuntos de servicios implica 1) la rectoría y la gobernanza, ya que el Estado y la sociedad civil negocian y determinan los objetivos y prioridades de los sistemas de salud, que se concretan en políticas de salud, mediante el equilibrio entre la equidad, la eficiencia, la capacidad de respuesta y la calidad de la elección, y 2) el Estado debe garantizar los beneficios de salud y las intervenciones y servicios acordados para lograr los objetivos de las políticas. Todo el proceso conlleva la creación de incentivos y la negociación con los distintos actores y proveedores de atención de salud, incluida la sociedad civil, para decidir los conjuntos de servicios y beneficios que se ofrecerán (56).

En muchos países de ingresos bajos y medianos no ha sido posible proporcionar servicios de salud de adecuada calidad y oportunidad a toda la población. De este modo se mantienen, e incluso se profundizan las importantes desigualdades existentes, por ejemplo, entre zonas urbanas y rurales o entre grupos de población ricos y pobres. En esas circunstancias se hace más necesaria fortalecer la capacidad de definir las prioridades para asegurar la máxima ganancia de salud y el acceso universal a la atención con recursos limitados. En muchos países, se ha promovido una política de paquetes de atención esencial (PAE) como un medio para abordar o reducir la carga de enfermedad (57). En esencia, se ha buscado:

- ◆ proporcionar la atención más efectiva al mayor número de personas;
- ◆ proporcionar, al menos, acceso universal a servicios básicos de salud;
- ◆ ampliar la cobertura de servicios a los grupos de población pobres y marginados, y
- ◆ racionar los tratamientos y las tecnologías costosas y no costo-efectivos.

El Banco Mundial (58) ha promovido la política de PAE para canalizar los recursos hacia las intervenciones de mayor impacto en salud. Sin embargo, ese abordaje fomenta los programas verticales y fragmentados basados en enfermedades y no se aboca necesariamente al objetivo fundamental de sustentar la salud y el bienestar de todos los miembros de la sociedad.

Cuadro 2. Conjuntos de prestaciones y beneficios de salud en 6 países seleccionados de las Américas

País	Programa	Año de inicio	Cobertura (porcentaje de población)	Respaldo legal	Entidad reguladora	Servicios incluidos
Argentina	Programa Médico Obligatorio (PMO)	1995	52*	LN 23660 y 23661	Superintendencia de Servicios de Salud, Ministerio de Salud	Todos los niveles de atención Listado amplio y explícito Algunos criterios de cobertura.
Brasil	Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud (RENASES)	2011	100	LN 8080 LN 8142 SUS	Ministerio de Salud, Consejos de Salud (nacional, estadual y municipal)	Servicios de <ul style="list-style-type: none"> • PNA • urgencias y emergencias • psicosociales • atención especializada • vigilancia de salud pública
Chile	Garantías Explícitas en Salud (GES/AUGE)	2005	100	LN 19.966 LN 18.933	Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud	Servicios de primer nivel sin costo. Servicios de segundo y tercer nivel, para 80 problemas de salud. Posee guías de cobertura y listado de medicamentos.
Guyana	Paquete de Servicios de Salud Pública Garantizados	2008	100		Ministerio de Salud	Todos los niveles de atención. Incluye listado de medicamentos.
Perú	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)	2009	Trabajadores cubiertos por la Seguridad Social y por el seguro público	LN 29344 Aseguramiento Universal	Superintendencia de salud, Ministerio de Salud	Primero, segundo y tercer nivel, con atención de 50 problemas de salud seleccionados por carga de enfermedad.
Uruguay	Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS)	2008	100	Decreto 465/008 de octubre del 2008	Junta Nacional de Salud (JUNASA) Ministerio de Salud Pública (MSP)	Programas integrales de salud y catálogo de prestaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1) modalidades de atención médica; 2) especialidades médicas, otros profesionales y técnicos para el control y la recuperación de la salud; 3) procedimientos diagnósticos; 4) procedimientos terapéuticos y de rehabilitación; 5) salud bucal; 6) medicamentos y vacunas; 7) transporte sanitario.

* Sólo para trabajadores cubiertos por las Obras Sociales Nacionales y para sistemas de prepago.

Fuente: Adaptado de Leguiza Fandos J et al. Análisis comparativo de conjuntos de prestaciones que brindan los sistemas de salud en las Américas y el Caribe. OPS-OMS. Documento inédito. Junio de 2012. Washington, DC.

Con independencia de la definición de conjuntos de intervenciones universales que garanticen los derechos a la salud, es obvia la necesidad de complementar los mismos con nuevos modelos de atención. Los conjuntos de intervenciones son parte importante de esos nuevos modelos enfocados en la búsqueda de respuestas a condiciones y enfermedades crónicas, que aborden los determinantes sociales de la salud y los comportamientos humanos a lo largo del curso de vida, con metodologías diferentes a las del enfoque biomédico individual de las enfermedades; que enfrenten los nuevos problemas ligados al envejecimiento, las migraciones, el cambio climático, las inequidades sociales y de salud, la violencia social y familiar, la salud mental, las adicciones nocivas para la salud, la seguridad social y ciudadana, la accidentalidad vial y laboral, y las expectativas ciudadanas, entre otras.

Es indispensable pensar en la inversión progresiva en esos nuevos modelos de atención que adecúen servicios de salud y redes sociales de apoyo universales para toda la población. Cada sistema de salud recorrerá su propio camino de acuerdo con sus realidades históricas, económicas, políticas y sociales, así como de acuerdo a los grados, peculiaridades y viabilidades de los desarrollos institucionales nacionales, regionales y locales.

Tres estudios de casos nacionales

Estudio de caso I. Desarrollo de un plan de atención integral de salud, Uruguay

El Plan de Atención Integral de Salud establece garantías completas dentro de un sistema nacional de salud integrado. También ha tratado de fortalecer la gobernanza y el proceso de regulación. Se inició en el 2007 y su elemento principal fue la elaboración de un catálogo con una lista exhaustiva de beneficios, entre ellos, 1 600 procedimientos diagnósticos y casi 3 000 procedimientos terapéuticos y de rehabilitación, así como de salud oral, vacunas, medicamentos y transporte. En el 2008, el catálogo se amplió para incluir un conjunto de programas de salud pública existentes, como el apoyo al autocuidado.

El catálogo se actualiza con base en pruebas científicas y cambios en las condiciones epidemiológicas, y cuenta con el asesoramiento de un panel de expertos. Se sigue un estricto proceso para analizar una serie de criterios de impacto, las evidencias y si las mejoras propuestas se justifican en cuanto a la recuperación o mejor calidad de vida. En una última fase se revisa la lista y las afecciones se ordenan según la eficacia del tratamiento y luego se priorizan.

El catálogo estableció una base para firmar contratos de gestión del modelo de atención con proveedores públicos y privados (una primera ronda en el 2008, y una segunda en el 2012), que incluyen sanciones en caso de incumplimiento. El Fondo Nacional (financiado a través del impuesto a la renta) negocia las tasas e incentivos, con el objetivo de promover el acceso universal y la calidad de la atención, e incentivos profesionales vinculados al cambio del modelo y la calidad de la atención. Los pagos son por resultados, lo que proporciona una fuente de autonomía técnica y administrativa, además de flexibilidad a los proveedores.

El principal desafío en Uruguay ha sido garantizar una atención sostenible, asignada con justicia y ética. La estrategia de comunicación con los ciudadanos ha sido fundamental para generar conciencia de que el país tiene recursos limitados y demostrar que ha habido transparencia en el desarrollo de su sistema de garantías. Los temas principales en la marcha del sistema han sido la transparencia en la toma de decisiones, la promoción y comunicación de los resultados, la gestión de la opinión pública y profesional y la promoción de la participación social.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. Uruguay, presentación de Alarico Rodríguez. 13 a 17 de julio, 2015, Washington, D.C.

Estudio de caso J. Universalidad e integración: creación de listados nacionales de medicamentos y servicios de salud, Brasil

Brasil cuenta con un sistema nacional de salud complejo (Sistema Único de Saúde, SUS), fundado en los principios de universalidad, equidad e integralidad. Dada la extensión del país, el sistema de atención se caracteriza por su descentralización, regionalización y participación social. Su eje central es el desarrollo de la APS para promover amplio acceso a la salud.

En el 2011, Brasil presentó un nuevo marco legal (Decreto 7508) que restableció la función del SUS y el proceso de planificación de la salud. Así se crearon la Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES, Lista Nacional de Acciones y Servicios de Salud) y la Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Lista de Medicamentos Esenciales; RENAME). La RENASES estableció una lista completa de los servicios que prestarían estados y municipios, para actualizarla cada dos años, junto con las normas de calidad y regulaciones en materia de acceso.

Son seis los niveles de acción para regular la prestación de servicios:

1. Servicio gratuito para el usuario sin necesidad de mecanismos de control ordinarios para el acceso (centros de PNA).
2. Servicio de referencias al propio servicio SUS.
3. Servicio de acceso que requiere autorización previa.
4. Servicios que requieren la atención de un especialista calificado.
5. Servicios autorizados en los protocolos clínicos o directrices nacionales de tratamiento, por ejemplo, para enfermedades poco comunes.
6. Servicios que apoyan el desarrollo de prestaciones de salud pública (intervenciones individuales o grupos específicos).

Se estableció CONITEC, una organización similar a NICE, en Reino Unido, para evaluar los medicamentos, las tecnologías de salud, las políticas y las directrices que respaldaran transparencia en la toma de decisiones, promoción de la consulta pública y decisiones sobre el contenido de los listados.

Debido a la estructura federal de Brasil, el principal reto en la aplicación de RENASES ha sido la negociación de acuerdos y compromisos políticos. La posición visionaria de RENASES ha sido atemperada por el realismo, ya que las listas reflejan fuertemente la capacidad actual de los sistemas de atención nacionales para apoyar las necesidades de salud de la población. Los listados han tendido a congelar los servicios y a limitar el potencial de innovación o habilitación de servicios adicionales. El acceso universal a la salud y a la cobertura universal han mejorado, pero la aplicación en todo el país se ha realizado a un paso distinto y con disparidades en el acceso, los recursos humanos disponibles y la calidad de la atención, que son aspectos que quedan por resolver.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. Brasil, presentación de Fernando Leles. 13 a 17 de julio, 2015, Washington, D.C.

Estudio de caso K. Sistema de Garantías Explícitas de Salud/AUGE, Chile

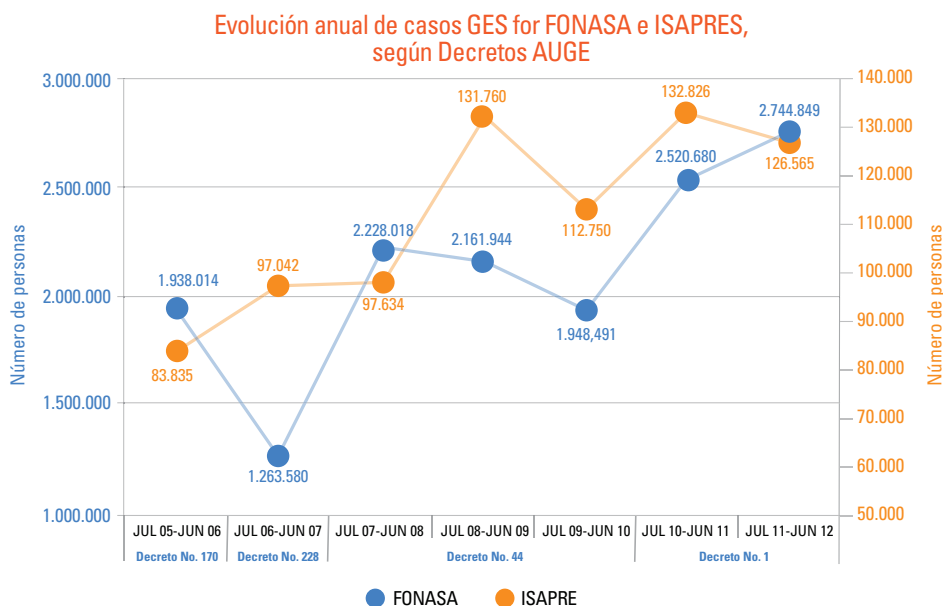
Las reformas Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) en el sistema de salud chileno han tratado de apoyar el establecimiento de un sistema de salud más integrado y de superar los problemas de financiación, en particular los altos niveles de la financiación privada y la segmentación en la prestación de servicios. Las reformas incluyen nuevos esquemas de seguros para las personas de bajos ingresos mediante el establecimiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que cubre 76%, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), un sistema de salud privado que da cobertura a los grupos de mayores ingresos.

El principio básico del sistema consistió en integrar la financiación pública y privada para crear servicios de salud con unas garantías explícitas, regulación integral y rectoría fuerte, que promoviera modelos de atención a través de redes integradas públicas y privadas. Se hizo hincapié en el fortalecimiento del PNA para hacer frente a las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población. Se definieron 56 afecciones para las que había garantía de acceso, equidad, calidad y protección financiera. (Esto último es importante para evitar que el paquete de beneficios se convierta en un impuesto regresivo).

El proceso de instauración fue en gran medida político. No obstante, hubo consultas fuera del Ministerio de Salud para acordar las bases de las garantías. La implementación se realizó gradualmente de manera progresiva. Como resultado, hubo un gran aumento de la cobertura financiera de las personas con seguro (figura 6).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: Intervenciones e instrumentos clave. Chile, presentación de Camilo Cid. 13 a 17 de julio, 2015, Washington, D.C.

Figura 6. Número anual de casos de Garantías Explícitas en Salud (GES), del Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Provisional (ISAPRE) según decretos del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE), Chile



Curiosamente, el Plan AUGE ha sido subutilizado, ya que las personas han conservado una doble cobertura, de FONASA e ISAPRE, donde los precios se han reducido. Mediante el AUGE se han reducido los tiempos de espera entre el diagnóstico y el tratamiento, pero su existencia también se ha asociado con un aumento de la burocracia. Algunos de los éxitos del programa son menores tiempos de espera para la atención y, parcialmente, el cambio del modelo de atención para promover la salud pública y hacer frente a las enfermedades crónicas. Las repercusiones negativas, que no se esperaban, incluyen el comportamiento de los proveedores al aprovecharse de los incentivos existentes en los sistemas de pago. Los últimos deberán ser abordados para cambiar el pago de incentivos a lo largo del ciclo de la enfermedad, tal vez mediante pagos por paquete de servicios. El sistema chileno todavía tiene problemas de segmentación y desigualdad, pero ha progresado con respecto a la promoción de los derechos a la salud de los ciudadanos.

Fuente: Cid C. Chile: AUGE, presentación en el Foro Regional. Ampliación del acceso a los servicios de salud: experiencias e intervenciones clave. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 16 julio de 2015.

Resumen de los aspectos cruciales de la implementación

Los estudios de casos anteriores ilustran distintos métodos para abordar la especificación de los servicios y los beneficios de salud. A pesar de las diferencias nacionales, se han observado elementos comunes entre ellos:

- ◆ uso de un marco regulador nacional que defina y apoye los procesos de transformación;
- ◆ comunicación y transparencia en la toma de decisiones, por ejemplo, en los procesos de definición y diseño del conjunto de beneficios;
- ◆ procesos de consulta con la participación de la sociedad civil organizada (ONG, gremios, colegios profesionales, academia, grupos de defensa del derecho a la salud, entre otros);
- ◆ hincapié en la promoción de la salud y el acceso a los servicios (a diferencia del énfasis en la enfermedad);
- ◆ establecimiento de mecanismos financieros de apoyo a la gestión basada en resultados, y
- ◆ reto de mantener la equidad vinculado a la naturaleza potencialmente regresiva de listas que limitan la cobertura

Durante el Foro Regional se solicitó a los participantes que reflexionaran sobre la experiencia de sus países en función de sistematizarlas y ponerlas a consideración de otros y que sirvieran para formular ideas y recomendaciones sobre la adopción de estrategias prácticas para priorizar la atención y los servicios. Como parte de esa tarea, los participantes debían generar especificaciones y aplicarlas, y pensar qué puede hacerse para ampliar progresivamente los beneficios a las personas a lo largo del tiempo, para que los sistemas de salud avancen hacia el objetivo estratégico del acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, centrados en las personas y las comunidades. En concreto, se plantearon tres preguntas a los participantes:

1. Cómo priorizar los servicios a fin de progresar hacia el acceso y cobertura universal en su contexto nacional?
2. ¿Cómo crear garantías en el marco del derecho a la salud?
3. ¿Cuáles son las barreras y los elementos facilitadores de la especificación de los servicios de salud de calidad y de su ampliación progresiva?

De esa discusión surgieron una serie de cuestiones y retos acerca de cómo avanzar en el trabajo asumido. Uno de ellos fue si sería importante definir explícitamente las exclusiones de la cobertura en vez de lo que ella debe abarcar. Hubo algún apoyo en favor de las exclusiones de parte de los representantes de Costa Rica y Colombia, ya que así se podrían mitigar los riesgos de judicialización del acceso a la salud y los derechos, puesto que todos tendrían derecho a todas las formas de atención, a menos que hubieran sido excluidas específicamente. Se sugirió que las listas de servicios incluidos también podrían limitar la aspiración de ampliar los servicios e innovar. Sin embargo, la opinión contraria fue que la judicialización era necesaria para salvaguardar los servicios y proteger la equidad en el acceso a la atención y su cobertura. Por lo tanto, si la salud es un derecho, habrá que aceptar que la gente va a recurrir al sistema judicial cuando no se proporcione la atención o se dé de manera inadecuada.

Se reiteraron tres elementos necesarios de este abordaje: 1) especificación de los servicios para apoyar la función reguladora; 2) especificación de los servicios para apoyar el desarrollo de nuevos modelos de atención, y 3) especificación de los servicios para entender qué recursos financieros son necesarios y para promover la sostenibilidad financiera.

En un mundo ideal, no habría que excluir ninguna afección de una lista de servicios o tratamientos disponibles. Pero para encontrar la mejor manera de priorizar la atención, es necesario incorporar a la comunidad local, de modo que el establecimiento de prioridades dependa del contexto local o nacional. La participación de la comunidad en la toma de decisiones es un principio importante. Así, las decisiones serán guiadas por el diálogo inclusivo y la comunicación eficaz y se llegará a un acuerdo sobre los beneficios potenciales. Sin embargo, se corre el riesgo de que ciertos grupos de población controlen el diálogo, situación que debe evitarse, especialmente para proteger a aquellos grupos con menos capacidad de manifestar sus necesidades.

Resumen y recomendaciones

En el debate sobre los diversos abordajes y requisitos técnicos para especificar y priorizar los servicios de salud y los beneficios, es necesario compartir experiencias y conocimientos sobre la forma de construir modelos para ampliar progresivamente el acceso y la cobertura, y los pasos necesarios que ello requeriría. Se sugirió que los Estados Miembros se beneficiarían de procesos de facilitación de la OPS/OMS, como parte de la cooperación técnica a nivel de país y regional en estos temas.

A continuación, se ofrece un resumen de los temas más destacados en relación con la especificación de los servicios de salud, la ampliación progresiva del acceso equitativo a la atención integral de salud y la provisión de servicios de calidad y centrados en las personas y las comunidades.

Priorización: cuando se amplía al acceso a servicios de salud y se priorizan las inversiones para satisfacer las crecientes necesidades de salud basadas en la carga de enfermedad, los recursos podrían utilizarse en promoción de la salud y en la prevención de enfermedades, lo que podría reducir o detener el crecimiento de la demanda. Los conceptos de salud y bienestar se vieron subrepresentados en la definición de beneficios de salud.

Para progresar habría que buscar la forma de abordar los determinantes sociales de la salud y no limitarse a proporcionar servicios para tratar la enfermedad. Idealmente, el continuo de la atención debería estar disponible en todos los niveles y evolucionar de un abordaje basado en el tratamiento a uno que trate activamente de mejorar la salud.

Garantías y exclusiones: proporcionar garantías explícitas sobre la cobertura de salud y los paquetes de prestaciones universales debe ser un principio fundamental (como en el caso de las Garantías Explícitas en Salud de Chile); las exclusiones (o sea, lo que no está incluido en las coberturas) podrían ser beneficiosas, en ciertos casos, para el bienestar de las personas y para reducir la tendencia a tratar más allá de lo científicamente necesario, teniendo en cuenta criterios éticos y de derechos socialmente consensuados.

Legislación: las políticas y los marcos legales obsoletos pueden ser barreras para el desarrollo de nuevas formas de trabajo y de ciertas actividades. En ausencia de marcos regulatorios definidos, la disponibilidad de fármacos, medicamentos e innovaciones en los diferentes países pueden dar lugar a demandas judiciales.

Recursos humanos: para satisfacer las aspiraciones inherentes a la concesión de garantías es de vital importancia invertir en recursos humanos y en las destrezas y competencias del personal profesional, técnico y de gestión, así como en condiciones de trabajo decente.

Evaluación y pruebas: la evaluación de tecnologías de salud para determinar cuáles son las mejores prácticas en el proceso de definición de la prestación de atención de salud es importante para comprender y maximizar la calidad de la atención y para decidir en qué invertir. Es necesario llevar a cabo investigaciones aplicadas para entender cuál es el mejor abordaje cuando se trata de adoptar nuevas estrategias de atención e incorporar nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas. La elaboración de directrices y protocolos basados en la evidencia podrían convertirse en instrumentos de regulación importantes para mejorar y mantener la calidad de la atención.

Función de la comunidad: la cuestión de los valores familiares y la función de los miembros de la familia y las comunidades en el apoyo a la salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se consideran cruciales para satisfacer las demandas futuras. Las políticas deberían permitir que las familias y las comunidades desempeñen su función en la atención de la salud, ya que eso podría ayudar a mejorar los resultados para las personas con necesidades de salud y de atención y aumentar la eficiencia.

Justicia social: los sistemas de atención tienen que entender las necesidades de los grupos vulnerables y responder a ellas, ya que por razones sociales y políticas, no están empoderados para demandar servicios. Por tanto, el debate sobre la definición de los servicios de salud con una ampliación progresiva deberá referirse e incluir a esos grupos silenciosos, sin voz ni voto.

Beneficios y garantías: la definición de beneficios y garantías es un mecanismo clave para construir sistemas de acceso universal a la salud y es fundamental para ampliar la cobertura y el apoyo al acceso equitativo. En el abordaje de la ampliación progresiva habrá que comenzar por entender que el logro de una buena salud es un derecho de todas las personas. Por tanto, la provisión de servicios y el apoyo deberán abarcar más allá del límite de lo que proveen o no los seguros de salud. La especificación de servicios de salud con posibilidad de ampliación progresiva debe estar ligada a los valores de las personas y de las comunidades empoderadas, así como extensivas a la acción intersectorial. No deben reducirse solamente a las preocupaciones financieras o técnicas ni al paradigma biomédico.

La ampliación de garantías explícitas deberá basarse en una idea clara de los valores de la sociedad con respecto a la salud, las prioridades relacionadas con la carga de la enfermedad en diferentes contextos y una discusión razonada sobre cómo abordarlas con los recursos financieros y humanos disponibles. En otras palabras, no todo se puede garantizar. Lo importante es el diálogo, la participación y el establecimiento de alianzas amplias para acordar el camino que habrá que seguir. Un ejemplo podría ser llegar a un acuerdo sobre las prioridades y traducirlo en cambios o inversiones en la atención para fortalecer el PNA en el seno de las RISS.

Las recomendaciones sobre este tema son cinco:

1. Entender la importancia de la transparencia y la comunicación en el proceso de toma de decisiones sobre la disponibilidad de un conjunto integral de servicios y beneficios.
2. Reconocer que el *statu quo* no es una opción y que la capacidad, sobre todo en el PNA, debe mejorarse, incluidas las destrezas técnicas y los recursos humanos. La OPS tendría la función de proporcionar colaboración técnica con ese propósito.

3. Se requieren más recursos financieros para apoyar la transición. Asimismo, tendrá que haber una relación de trabajo más estrecha entre formuladores de políticas y expertos técnicos. Ambas partes deberán hacer concesiones y asumir compromisos.
4. La sociedad civil necesita apoyo y más organización para convertirse en socio de la toma de decisiones.
5. La especificación de los servicios de salud con una ampliación progresiva no es un fin en sí mismo, ya que el objetivo final es promover la salud y el bienestar. Debe considerarse un instrumento para enmarcar las políticas, las finanzas y los debates en curso, con base en el conocimiento de las deficiencias de la atención, las prioridades actuales y futuras y los resultados y beneficios esperados, dando preferencia a los miembros de la sociedad que no tienen voz, para asegurar la equidad.

Las tareas relacionadas con el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones acerca de la naturaleza y características específicas de los servicios de salud y la cobertura en los distintos Estados Miembros son importantes en sí mismas, ya que representan una intervención estratégica para romper el statu quo y ayudar a lograr las aspiraciones de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Dado que los cambios y las reformas de los sistemas de salud de los Estados Miembros podrían tener gran alcance, será importante asumir un compromiso a largo plazo para abordar consideraciones políticas y técnicas y conseguir sustentabilidad. La OPS tiene una función importante que desempeñar en la oferta de cooperación sobre este tema.

CAPÍTULO 4



EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN

Para facilitar el compromiso de las personas habrán de darse oportunidades, capacidad y recursos para convertirlas en usuarios de los servicios de salud capaces y seguros de sí mismos (16). Al incentivar y movilizar los recursos individuales y de la comunidad se habilita a las personas para que tomen buenas decisiones y que hagan elecciones eficaces en relación con la propia salud y la de los demás. Asimismo, pueden manifestarse de manera inteligente y pasar a ser coproductores de los servicios de salud. Cuando la comunidad tiene la capacidad de participar activamente y trabajar conjuntamente con los servicios de salud y otros, puede construir ambientes más saludables y contribuir a las políticas públicas.

La participación activa de los individuos y las comunidades ha sido durante años un principio fundamental de las estrategias sucesivas de la OMS, en las que siempre se destaca la atención centrada en las personas. Por ejemplo, la Declaración de Alma-Ata reconoce la participación de la comunidad como ingrediente clave del fortalecimiento de los sistemas basados en la APS (13). A partir del 2005, la OMS está a la vanguardia del trabajo para lograr el compromiso de la familia y del paciente mediante el establecimiento del programa Pacientes para la seguridad del paciente. Así se ha creado una red de defensa de los pacientes para que sus voces se escuchen en la atención de salud. Más recientemente, la OMS ha procurado establecer una base de acción para la participación del paciente y la familia, dado que con ello pueden mejorarse la experiencia, los resultados y los costos de la atención (59).

La necesidad de involucrar y empoderar a las comunidades es un elemento fundamental de la estrategia mundial de la OMS sobre los servicios de salud integrados y centrados en las personas como un medio para fortalecer los servicios de salud en todo el mundo (17). El trabajo preliminar de apoyo a la estrategia mundial de la OMS sobre los recursos humanos para la salud también describe la importancia de la participación y el empoderamiento de las comunidades, así: “Sin que se haga

un esfuerzo para lograr una demanda más adecuada de servicios de salud y su uso, las tendencias epidemiológicas y demográficas, aunadas al aumento de los costos de salud, van a tensionar los sistemas de salud que ya están presionados. Es necesario que haya un cambio de paradigma sobre la configuración de los servicios para maximizar la vida saludable: será necesario comprometer y capacitar recursos humanos fuera del sector sanitario para gestionar mejor los riesgos a la salud, compartir la responsabilidad de la prestación de servicios de salud y aumentar la autosuficiencia individual y comunitaria. Las comunidades y las familias son componentes esenciales de los sistemas de salud ... los esfuerzos para mejorar la salud individual y familiar deben incluir la comprensión de las conductas relacionadas con la salud, diseños apropiados de vivienda y el ambiente en el que viven las personas, así como cuándo y cómo acceden a los servicios de salud (9).

La atención centrada en las personas es un componente central en la estrategia de la OPS para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud (recuadro 5) (4). Por ello, en la mayoría de los países de ALC se prioriza el aumento de la capacidad de respuesta en el PNA como parte de RISS para garantizar la Salud Universal.

Recuadro 5. Empoderamiento y participación de las personas: *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (4)*

Resolución, párrafo 2 (j): Instar a los Estados Miembros a que:

“Implementen planes, programas y proyectos para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación activa, y el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud”.

Durante el Foro Regional se señaló que mejorar la salud y el bienestar requiere trabajo complementario de los sistemas y servicios de salud y acción intersectorial con la participación social proactiva de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades para que asuman una función activa en el manejo y cuidado de su salud.

Esto requiere un cambio cultural entre los profesionales y los gestores del sistema de salud para que vean a las personas como activos potenciales de dichos sistemas. Al comprometer la participación de las personas en la toma compartida de decisiones, entre ellas la selección de opciones de atención y tratamiento, se las capacita para tomar decisiones informadas y se los hace más propensos a cumplir con los regímenes de medicamentos prescritos, más seguros de vivir de forma independiente y más hábiles para trabajar eficazmente con los profesionales de la salud en sus propias necesidades de atención o cuidado.

Parece haber variaciones significativas en la comprensión de la relevancia de las estrategias de participación y empoderamiento, así como escaso reconocimiento de su importancia, a pesar de que hay pruebas significativas de sus beneficios (60, 61). Por lo tanto, los abordajes para facilitar el empoderamiento y lograr la participación de las personas y las comunidades son todavía insuficientes.

Abordajes para facilitar el empoderamiento y la participación de las personas

Las expresiones “empoderamiento” y “compromiso” a menudo se utilizan como sinónimos para describir distintas intervenciones y estrategias en las que participan las personas y las comunidades (cuadro 3). Sin embargo, ambas representan estrategias diferentes, si acaso solapadas: el empoderamiento trata de apoyar a las personas para que tomen control de su propia salud (por ejemplo, de sus comportamientos relacionados con la salud), mientras que la participación trata de involucrar a las personas en el diseño, la planificación y la prestación de servicios de salud y en la toma de decisiones acerca de las opciones de atención y tratamiento (23).

Cuadro 3. Estrategias para lograr la participación y el empoderamiento de las personas

Para los individuos y las familias	Para las comunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la educación en salud • Toma de decisiones compartida entre usuarios y profesionales de la salud • Autogestión respaldada • Evaluación y planificación personal de la atención a la salud • Acceso de las personas a sus historiales médicos • Apoyo de pares • Apoyo a las familias y cuidadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria • Conciencia de la comunidad • Prestación de servicios comunitarios de salud • Grupos de pacientes y usuarios • Abordaje de factores estructurales que marginan a las comunidades en riesgo • Petición y rendición de cuentas tanto a prestadores de servicios de salud como a gestores y autoridades políticas y administrativas locales

El análisis de la evidencia sugiere las siguientes estrategias para involucrar a las personas, las familias y los cuidadores en la atención:

1. La autogestión de la salud y de las condiciones de salud. Aquí se incluye el apoyo para adquirir los conocimientos, las habilidades y la confianza para manejar la salud propia (autocuidado), el cuidado de una afección específica y la recuperación de un episodio que haya afectado la salud.
2. Toma de decisiones compartida en la que se da apoyo a las personas para participar en las decisiones sobre su salud; para que evalúen sus opciones, entre ellas la de no tomar acción alguna; para que reflexionen sobre los riesgos y beneficios, y para que analicen cómo las opciones disponibles se adaptan a sus valores, necesidades y preferencias.
3. Las intervenciones entre pares apoyan a los pacientes para que den y reciban ayuda de forma recíproca de personas en condiciones similares, sobre la base de la comprensión mutua y compartida.
4. Apoyo a las familias y cuidadores. Esto intenta proporcionar conocimientos y desarrollar habilidades e intervenciones para que las personas puedan cuidar de sí mismas y de los demás (61).
5. Apoyo a las organizaciones sociales para el diseño, la planificación, la ejecución, el control, y la petición de cuentas, sobre planes de salud municipales, departamentales y regionales, incluidos componentes intersectoriales.

Autogestión respaldada

La autogestión consiste en un conjunto de tareas que las personas deben realizar para vivir bien con su afección. A menudo necesitan apoyo activo para adquirir los conocimientos, las habilidades y la confianza para gestionar su propia salud. Con la orientación adecuada, las personas pueden trabajar sus conductas perjudiciales y superar las situaciones que les impiden seguir un estilo de vida saludable (7, 62, 63, 64). La evidencia señala invariablemente que el apoyo para el autogestión mejora los resultados de salud de las personas con ECNT (65, 66, 67). Este abordaje puede mejorar la motivación y la confianza de las personas en sus propias capacidades, reducir la ansiedad, mejorar el funcionamiento físico y, en última instancia, reducir el gasto de bolsillo al evitar hospitalizaciones innecesarias y mejorar la adhesión al tratamiento y el manejo de la enfermedad (68, 69).

No obstante, la autogestión respaldada no solo tiene el propósito de ayudar a manejar las condiciones crónicas así como enfermedades crónicas específicas; también puede servir para tratar de mejorar el bienestar de las personas y su capacidad de vivir bien con su afección. Por ejemplo, en el caso de personas con problemas de salud mental, la autogestión va más allá del tema de los medicamentos y aborda las necesidades de la persona como un todo, desde el punto de vista neurológico, bioquímico, psicológico, social y espiritual (67, 70).

La autogestión respaldada utiliza técnicas de motivación y establece sus metas conjuntamente entre proveedores y usuarios. En particular, las estrategias proactivas, como la educación en grupo, el asesoramiento sobre salud frente a frente con la persona y las entrevistas motivacionales han sido especialmente eficaces (63). Esas técnicas son importantes porque las personas que participan más activamente en la atención de su propia salud son significativamente más propensas a hacerse exámenes de detección y chequeos, inmunizarse y adoptar comportamientos de salud positivos (por ejemplo, relacionados con la dieta y el ejercicio, dejar de fumar y mantener relaciones sexuales sin riesgo). Los estudios que miden el grado de activación de las personas para evaluar su capacidad de hacerse cargo de su salud sugieren que los pacientes menos activos pueden costar considerablemente más a los sistemas de salud, hasta 21% más, que las personas activas que informan haber tomado más control de su salud mediante actividades de apoyo proactivas, como grupos de pares, asesoramiento sobre salud y educación en salud (71).

Los profesionales y los gestores del sistema de salud pueden utilizar el modelo de las cinco aes (72, 73) para elaborar planes de autogestión e intervenciones con pacientes (figura 7). El modelo es fácil de entender, puede integrarse a las actividades cotidianas de los profesionales de atención primaria o pares y sirve para apuntalar el proceso colaborativo y establecer metas de salud. En los Estados Unidos de América se aplicó un Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas⁷ que mostró ser una forma costo-efectiva de mejorar la autonomía de las personas y la eficacia del tratamiento. Ese mismo Programa se ha reproducido con éxito en otros entornos (74).

7 El Programa puede consultarse en <https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/tomando.htm>.

Figura 7. Modelo de autogestión con las cinco aes

Fuente: Modificado de Whitlock et al., Am J Prev Med 2002 22(4):267-284 y Glasgow et al., Ann Behav Med 2002 24(2):8087.

Estudio de caso L. Mejora de la calidad de la atención crónica en el Caribe (Antigua y Barbuda, Anguila, Barbados, Belice, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago) (75)

Los proyectos de demostración que siguen el modelo de atención crónica se han llevado a cabo en todo el Caribe, en 142 centros de salud y con la participación de 40 000 personas. El objetivo ha sido reforzar la capacidad y las competencias de los equipos de salud locales para mejorar la atención de las personas con diabetes. Tiene un abordaje específico, en el que participan los pacientes, sus familias y la comunidad. Utiliza el Pasaporte de cuidados de enfermedades crónicas* de la OPS para apoyar la educación y la autogestión. Los resultados preliminares muestran reducciones en los niveles de HbA1c, un incremento sustancial del número de personas que recibe servicios preventivos (por ejemplo, consejería nutricional o examen de los pies y la vista) y mejores indicadores de calidad de la atención.

*El Pasaporte de cuidados de enfermedades crónicas ayuda a las personas a tomar decisiones sobre estilos de vida saludables. Disponible en:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7067:2012-herramientas&Itemid=1353&lang=es.

Las visitas periódicas a centros de PNA son oportunidades ideales para construir y reforzar la capacidad de autogestión. No obstante, se ha demostrado que este abordaje también funciona mediante tecnologías remotas o en distintos entornos comunitarios, como el lugar de trabajo, las escuelas y otros espacios de la comunidad (7). Por ejemplo, en un programa de autogestión en marcha en Santiago de Chile se utilizó un sistema de asistencia telefónica, con el objeto de promover el asesoramiento a las personas con diabetes tipo 2; ese apoyo se sumó a la atención habitual. El servicio logró la participación activa de las personas y sus cuidadores y familiares, y fomentó el contacto continuo con los equipos de salud locales. Los pacientes mejoraron su capacidad de mantener su glucemia en un nivel adecuado. Asimismo, estaban más dispuestos a asistir a sus citas médicas habituales y más satisfechos con la atención y el tratamiento que recibieron (76).

Toma de decisiones compartida

Tomar decisiones en forma compartida es un proceso interactivo en el que las personas, sus familias y sus cuidadores colaboran con profesionales y proveedores de atención de salud para analizar y elegir las etapas siguientes de su atención de salud. Esto requiere un análisis informado de las posibles opciones y de los valores y preferencias de la persona (60). Los abordajes y los instrumentos para tomar decisiones compartidas se han aplicado tradicionalmente en la consulta clínica, donde se ha convertido en habitual promover la participación de las personas y de los familiares en las decisiones acerca de la atención y el tratamiento, en especial en el caso de los que sufren afecciones complejas de largo duración, para las que existen distintas posibilidades de atención y tratamiento (77, 78). Innovaciones recientes han incluido el trabajo de personal no clínico especializado en la toma de decisiones, donde profesionales debidamente capacitados ayudan a guiar a las personas por la trayectoria de la atención de su salud (79).

Hay pruebas fidedignas de los beneficios que supone tomar decisiones en forma compartida y su asociación con:

- ◆ mayor satisfacción de las personas con la atención;
- ◆ desarrollo de intervenciones más apropiadas, que se adapten mejor a las preferencias y a las necesidades de la persona;
- ◆ reducción del número de diagnósticos errados y mejor calidad de los servicios de referencia, y
- ◆ mayor sensación de independencia de la persona y mayor conocimiento de sus afecciones (80, 81, 82, 83).

El uso de materiales de apoyo para tomar decisiones (por ejemplo, folletos, vídeos, información en puntos de atención, acceso de las personas a los registros médicos o planificación compartida de la atención) ha mostrado que sirve para aumentar la participación de las personas en su atención médica, mejorar sus conocimientos y facilitar las opciones (23). Sin embargo, la toma compartida de decisiones parece ser eficaz solo cuando las personas están dispuestas a participar activamente y donde los profesionales de salud tienen la habilidad, la formación y la comprensión para apoyar el abordaje (82). En particular, los profesionales necesitan capacidad de relacionarse para crear un entorno favorable a la comunicación y la interacción, por ejemplo, capacidad de escuchar y de hacer participar a las personas durante las consultas. También se requieren competencias para comunicar

los riesgos y transmitir el concepto de incertidumbre en los resultados del tratamiento, examinar los riesgos y beneficios y facilitar las decisiones informadas (60).

En los Estados Unidos de América y Canadá se han elaborado varios instrumentos con ese fin, entre ellos, el entrenamiento del paciente, el acceso a ayuda para tomar decisiones, información sobre las opciones, registros médicos en manos de los pacientes, formación y motivación de los profesionales y establecimiento de políticas para asegurar la toma de decisiones compartida. Estos luego se evalúan como un estándar de calidad de la atención. La evidencia sugiere que la toma de decisiones compartida debe ser uno de múltiples componentes destinados a mejorar los comportamientos y resultados de salud de las personas (32).

Apoyo entre pares

El apoyo entre pares significa ofrecer ayuda a personas en condiciones similares y recibir a su vez ayuda de esas personas (por ejemplo, con las mismas enfermedades o afecciones), con base en el entendimiento, empoderamiento y respeto mutuos (84). La capacidad de compartir conocimientos, discutir ideas y brindar asesoramiento permitirá hacer amigos o ayudar a obtener acceso a los servicios mediante el voluntariado, que ha demostrado ser una estrategia importante y eficaz para apoyar las necesidades de salud. Por ejemplo, el apoyo de pares puede llevar a elevar la autoestima y la de la persona en sí misma; mejorar la capacidad de resolver problemas y de autocuidado; mayor sensación de bienestar; reducción de la auto estigmatización o la depresión, y mejores posibilidades de reintegrarse al mercado laboral o reanudar una función social en la comunidad (85, 86, 87, 88, 89). A su vez, hay pruebas de que estos métodos pueden contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad, aumentar la esperanza de vida, mejorar la percepción del propio estado de salud, permitir mejor cumplimiento de los tratamientos medicamentosos y reducir la necesidad de intervenciones médicas (60).

El apoyo entre pares es a menudo una actividad informal, pero las evidencias señalan que un abordaje proactivo, que emplee pares de la comunidad, es importante para facilitar la actividad. Quienes asumen el trabajo de pares a menudo tienen experiencia personal de una afección, como la diabetes, o problemas de salud mental, que son capaces de compartir, de modo que puedan formar una relación de confianza y empatía con sus iguales y apoyar el aprendizaje. Los principios básicos de las estrategias de apoyo entre pares son su carácter mutuo, recíproco y no directivo, que hace hincapié en la recuperación de las personas en un ambiente progresivo y seguro (90). El apoyo entre iguales con frecuencia funciona mejor en las comunidades atendidas por una RISS, que aprovecha los vínculos entre las comunidades locales y los equipos de PNA y atención especializada. Constituye una estrategia importante para llegar a grupos de difícil acceso que, de otra manera, no podrían acceder a los servicios de promoción de la salud o clínicas tradicionales (91). Por lo tanto, esta modalidad contribuye al acceso universal a la salud y a promover la equidad.

Apoyo a personas, familiares y cuidadores

Más de 80% de la atención de salud que se proporciona a las personas con necesidades de atención a largo plazo (además del autocuidado) en los sistemas de salud recibe el apoyo de cuidadores no remunerados y familiares (92). Esta tarea reduce la calidad de vida del cuidador que es, generalmente, peor que la del resto de la sociedad. También disminuye sus posibilidades de permanecer activo en

el mercado laboral que, a su vez, reduce el ingreso y la actividad social en la comunidad, produce mayores problemas de salud mental y reduce la esperanza de vida, debido al estrés asociado al cuidado de un enfermo (93). Esta situación es resultado de las barreras de acceso al PNA, y a la carencia de protección financiera para la atención en salud (94). Por lo tanto, descansar cada vez más en la familia tradicional y el cuidador genera riesgo para las personas, debido a los problemas que deben afrontar quienes cuidan de otros, especialmente de los que tienen afecciones de largo plazo y necesidades relacionadas con la edad avanzada. Los servicios de apoyo disponibles en el PNA, como la educación y la formación para aumentar la resiliencia de los cuidadores al hacer frente a sus tareas o el asesoramiento para que puedan llevar adelante su función, son importantes para ayudar a reducir estas cargas.

Mejores conocimientos de salud

Mejorar la educación para la salud es una estrategia común en la Región, que ha utilizado métodos prácticos diversos, que van desde campañas en los medios de comunicación a programas de apoyo educacional y de estilo de vida específicos. La capacidad de promover la educación para la salud puede mejorarse aplicando estrategias prácticas de participación y empoderamiento de las personas. Hay pruebas de que los beneficios de este abordaje, que contribuye a reforzar la capacidad de las personas de auto gestionar su cuidado, controlar los factores de riesgo, mejorar los comportamientos de búsqueda de atención de la salud y promover un mejoramiento de la salud de la población.

Estudio de caso M. Promoción de la educación en salud y participación de la comunidad en la ciudad de Tunja (Colombia)

En Colombia, 50% de las familias con niños de corta edad provienen de los sectores más pobres de la sociedad. Vivir en la pobreza conduce a un ciclo negativo de enfermedad, salud mental reducida, educación limitada y disminución de las posibilidades de empleo. Invertir en el desarrollo de la primera infancia, por tanto, es esencial. Sin embargo, los programas tradicionales de atención tendían al paternalismo, creaban dependencia, inspiraban lástima y eran, en última instancia, insostenibles.

La ciudad de Tunja, Colombia, estableció una política pública de salud de los niños por la cual “se crea una cultura de cuidado, atención y protección de los niños, desde la gestación hasta los 5 años, mediante la garantía de sus derechos y la promoción de su desarrollo para que puedan tener un futuro mejor”. Algunos elementos del programa han sido la promoción de la participación y el compromiso de la comunidad, la educación en salud y el fomento de un nuevo abordaje de atención de la salud entre los residentes de la ciudad.

El programa abarca la formación de gerentes para apoyar las actividades de educación en salud y orientación sobre nutrición, vida familiar, función de los padres y promoción del liderazgo de la comunidad. Al concentrarse en las familias y la vida familiar, se ha fomentado el desarrollo de habilidades laborales, la formación continua y el manejo prudente de los recursos financieros de la familia. Aproximadamente 355 “familias gestoras” fueron

entrenadas por 710 agentes para trabajar con 4.289 familias en situación de vulnerabilidad con niños de corta edad. Los resultados lograron hacer una diferencia real.

Entre el 2012 y el 2014 se observó:

- ◆ La proporción de mujeres embarazadas con peso y salud apropiados aumentó de 33% a 86%;
- ◆ La proporción de niños con peso al nacer de 3.000 g o más aumentó de 60% a 65%;
- ◆ La proporción de niños menores de un año con desnutrición crónica se redujo de 15% a 5%, y
- ◆ Hubo un aumento de 92% a 96% de la proporción de padres que asisten al parto.

Fuente: Goodwin N. Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions. Proceedings of the Regional Forum. Washington DC, 13-17 July 2015. Inédito.

Empoderamiento de las comunidades

En el PNA, el empoderamiento y compromiso de la comunidad son importantes para que las personas expresen sus propias necesidades e influyan en la forma en que se financia, suministra y provee la atención para satisfacer esas necesidades. Es bien sabido que muchas comunidades en toda la Región sienten que carecen de poder en su relación con los servicios de salud y, como consecuencia, no tratan de ejercer influencia en la comunidad que las rodea para mejorar la salud, en lugar de confiar en el destino (23).

Brindar a la comunidad, mediante su empoderamiento, la oportunidad de desarrollar habilidades, confianza y capacidad de promover la salud y responder en tiempos de crisis (por ejemplo, durante brotes de enfermedades infecciosas) es una tarea necesaria e importante de los sistemas de salud que aspiran a avanzar hacia la Salud universal. Hay pruebas de que los proyectos comunitarios pueden ayudar a mejorar la confianza de las personas en sí mismas y la autoestima y pueden ser un factor importante de la promoción de mejoras en la salud, en particular, en condiciones de bajos ingresos o comunidades marginadas (95). La participación de las comunidades en la toma de decisiones también fortalece la formulación de políticas públicas de salud, políticas sociales para abordar los determinantes sociales de la salud.

Se sabe de más que hay necesidad de empoderar y comprometer a la comunidad, pero los métodos para lograrlo no siempre conducen a la verdadera participación o a la inclusión de todos los grupos; es más, hay pruebas de que su impacto parece ser variable y que depende del contexto (23). El empoderamiento de la comunidad requiere inversiones para generar conciencia y capacidad de modo que las personas puedan ponerse en el lugar de otros y reconocer las necesidades colectivas (96). Algunas estrategias eficaces para lograr esos objetivos son: los comités locales de salud, grupos de participación, diálogo abierto entre los miembros de la comunidad y la disponibilidad de trabajadores y gestores locales de salud (97).

Entre las estrategias para empoderar y comprometer la participación de la comunidad se pueden citar las siguientes (60, 65):

- ◆ **La participación de la comunidad** en la planificación y el establecimiento de objetivos puede ayudar a las comunidades a examinar los factores subyacentes de los problemas de salud, sensibilizar a la comunidad y llevar al uso de métodos comunitarios para ayudar a resolver sus problemas. Por ejemplo, en el Perú, la concienciación de la comunidad se ha utilizado como estrategia para promover la colaboración multisectorial e involucrar a las comunidades marginadas en las decisiones sobre su atención (98).
- ◆ **La sensibilización de la comunidad** mediante su educación y participación en eventos y actividades de aprendizaje puede ayudar a construir redes sociales más fuertes y generar más integración. Funciona bien cuando se centra en un problema de salud específico y donde las conversaciones y actividades son culturalmente sensibles. El establecimiento de redes locales de salud en Quebec, Canadá (99), es un buen ejemplo (Estudio de caso O).
- ◆ **La atención prestada por la comunidad** a través de voluntarios o agentes de salud comunitarios que funjen como socios en la atención puede promover la legitimidad de los servicios y la confianza en ellos. Asimismo, puede contribuir al fortalecimiento del PNA, promover el aprendizaje entre pares y mejorar el acceso a la atención y apoyo al local. Por ejemplo, el establecimiento de un programa de apropiación por el consumidor en el sistema de salud de Nuka, Alaska, logró que se hicieran inversiones para promover el acceso universal a la salud y conformar alianzas comunitarias que han tenido un efecto profundo y de largo plazo en el mejoramiento de la salud de la población (100) (Estudio de caso P).
- ◆ **Los grupos de personas** que se organizan en torno a problemas o necesidades específicas para representar la opinión de la población a nivel local o nacional fomentan la responsabilidad democrática entre los servicios de salud y las comunidades locales; fortalecen la gobernanza y promueven la defensoría. Por ejemplo, en Colombia, el proyecto “Nuevo Paradigma” animó a las personas con lesiones de la médula espinal a reunirse regularmente para conversar acerca de sus problemas de atención de la salud, en colaboración con los profesionales sanitarios. Esa intervención ha permitido el aprendizaje entre pares, mejorado la autogestión y promovido la confianza (101).
- ◆ **La Contraloría social de la salud** como elemento de profundización de la democracia participativa en salud y de garantía de la sostenibilidad de los desarrollos, mediante el empoderamiento de las organizaciones sociales y los ciudadanos con su salud y con el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud, Caso El Salvador (FOROSALUD y CISALUD).

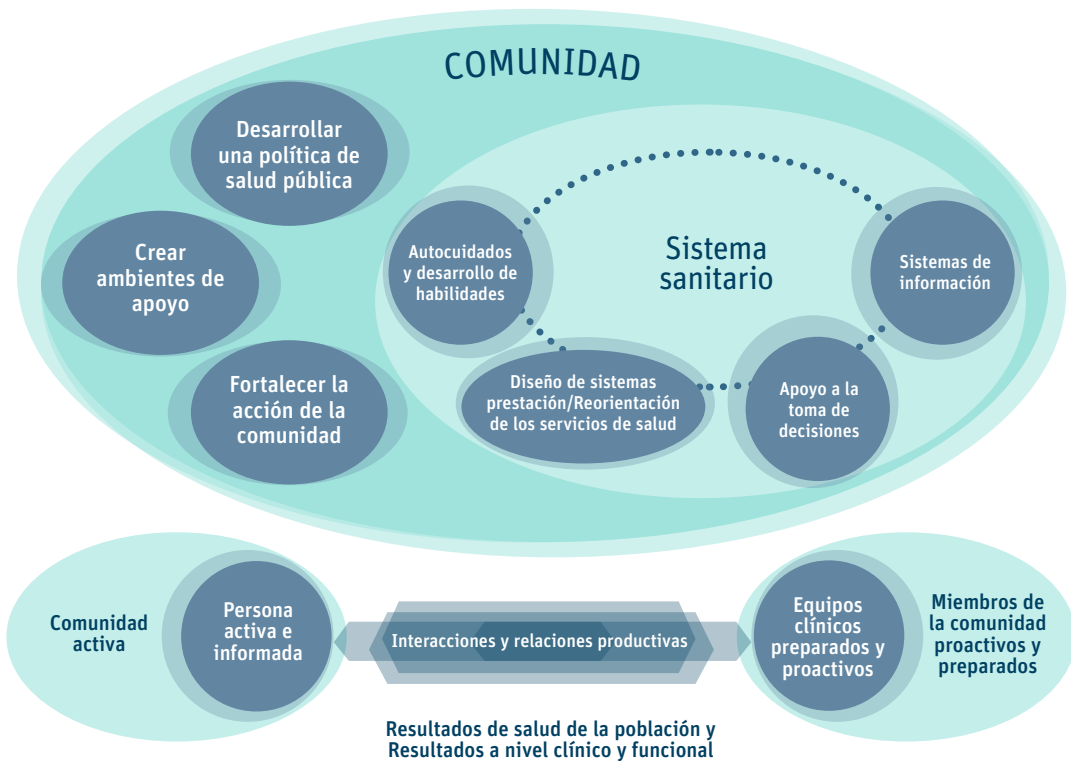
Estudio de caso N. Sensibilización de la comunidad en Abitibi-Témiscamingue, una región remota de Quebec (Canadá)

Abitibi-Témiscamingue es una comunidad de tala y minería en Quebec, con una población rural de 148 000 habitantes dispersos en 64 municipios y 65 000 km². Las condiciones de vida en esta ciudad industrial son causa de gran preocupación entre la población

local. La situación se ha asociado a desigualdades sociales en salud y al aumento de la incidencia de enfermedades crónicas. Asimismo, preocupan la contaminación ambiental y el aumento de las enfermedades asociadas con la minería. Esos problemas determinaron que la ciudad de Rouyn-Noranda se convirtiera en la primera de las Américas en poner en marcha un proyecto de municipios saludables (1987). El proyecto incluyó la creación de un jardín botánico y la reducción de la exposición de los niños a los contaminantes producto de las fundiciones. Se caracterizó por una gestión y prestación de atención de salud integradas en las que participan el municipio, las escuelas, el hospital local, centros de salud y organizaciones de voluntarios.

A partir del 2005, la ciudad aplicó un método de gestión integrada de las enfermedades crónicas en los centros de PNA, con hincapié en la prevención y promoción de la salud basada en el modelo de atención crónica, y la detección de personas en situación de riesgo mediante la gestión de casos (figura 8). Se descentralizó la atención para proporcionarla en clínicas de PNA. Al mismo tiempo, se invirtió en la contratación de personal de enfermería de cuidados crónicos y en la conformación de equipos multidisciplinarios.

Figura 8. Modelo ampliado de cuidados de enfermedades crónicas: Integración de la población en la promoción de la salud



Fuente: Reiss-Brennan B, Briot PC, Savitz LA, Cannon W, Staheli R. Cost and quality impact of Intermountain's mental health integration program. *Journal of Healthcare Management*. 2010;5(2):97-113.

Estudio de caso 0. Participación de la comunidad en el sistema de salud NUKA, Alaska (Estados Unidos de América)

En Alaska, el sistema de salud NUKA, que proporciona atención en salud a la comunidad indígena, ha mejorado significativamente mediante la promoción del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. El sistema se ha concentrado en el fortalecimiento del PNA y las soluciones comunitarias e integradas para el cuidado de la salud, en torno a las necesidades de las personas.

La Fundación Southcentral fue establecida por el Liderazgo Nativo de Alaska en 1982 como una oportunidad para rediseñar los sistemas de atención y satisfacer mejor las necesidades, valores y prioridades de 60 000 personas de la comunidad. Basado en una misión clara de trabajo conjunto con la comunidad nativa para lograr el bienestar a través de la salud y servicios afines, con el fin de mejorar el bienestar físico, mental y espiritual de las personas el proyecto se dedicó a crear responsabilidad compartida sobre los resultados de la atención entre los proveedores de salud y la comunidad, con un compromiso con la calidad y el bienestar de la familia.

En 1997, el Congreso de Alaska aprobó una ley que permitía a la población nativa del estado hacer suyo el sistema de salud y gestionarlo. Como resultado, la Fundación Southcentral estableció una serie de centros de PNA con un conjunto interdisciplinario de servicios, que incluyen atención primaria, odontología, optometría, fisioterapia, salud mental, servicios ambulatorios y tratamiento residencial para adolescentes y mujeres. Se ha hecho hincapié en la inclusión de la medicina tradicional y la medicina complementaria valorada por la población local, junto con la salud en el hogar, la educación para la salud y programas específicos de apoyo a las personas mayores y los niños. Que la comunidad local se haya adueñado de la Fundación y adoptado la estrategia de “caminar con la comunidad” para lograr el cambio ha sido un elemento central de su éxito.

Entre los resultados más importantes alcanzados desde 1997 destacan los siguientes:

- ◆ aumento del registro de la población en el PNA de 35% a 95%;
- ◆ acceso el mismo día a las citas de rutina (antes había una espera de 4 semanas);
- ◆ eliminación de las listas de espera para consultas de salud mental gracias a la integración de los servicios de salud física y mental;
- ◆ mayor satisfacción de los pacientes y el personal y más respeto a la cultura y las tradiciones;
- ◆ reducción de 75% de la rotación del personal;
- ◆ reducción significativa del uso innecesario de atención y tratamientos especializados (36% en los días de hospitalización; 42% en las visitas al servicio de urgencias y 58% del tratamiento en clínicas especializadas), y
- ◆ reducción de las disparidades y mejora de los resultados de la atención de personas con cáncer, obesidad, diabetes y caries dental. También disminuyeron las tasas de abuso y abandono de menores, la violencia doméstica, el abuso de sustancias y el suicidio.

Las estrategias de empoderamiento de la comunidad ayudan a proteger el derecho de las personas a la salud y fomentan la responsabilidad compartida entre la población y los proveedores de servicios de salud. Mediante la creación de relaciones claras, respetuosas y responsables entre comunidades, proveedores y tomadores de decisión, este abordaje permite a las personas asumir más responsabilidad sobre sus decisiones de salud y estilos de vida y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Asimismo, contribuye a tomar decisiones informadas, mejorar los conocimientos sobre salud, promover la autodeterminación y comprometer a la población en la toma de decisiones e influenciar las cuestiones que afectan sus vidas y las de las comunidades de las que forman parte (61). De igual manera, el empoderamiento de la sociedad civil y de los ciudadanos con su salud es un indicador del impacto de las políticas sociales y de los éxitos de las mismas y contribuye a su sostenibilidad a medio y largo plazo.

Resumen y recomendaciones

El empoderamiento y la participación de la población son altamente eficaces y eficientes en diversos contextos para promover el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sin embargo, no se han promovido activamente en la mayor parte de las Américas, ni en otras regiones del mundo. Como no forman parte de los conjuntos de prestaciones y servicios garantizados necesarios para apoyar la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en la comunidad, es importante que sean parte central de las estrategias de salud universal de los equipos de APS, de los nuevos modelos de atención a la salud y de los mecanismos de gobernanza de las RISS a niveles locales e intermedios.

Por otra parte, las pruebas a favor de su inclusión son fuertes, ya que sirven para:

- ◆ ayudar a los pacientes y a las poblaciones a vivir de forma más saludable durante toda su vida;
- ◆ ayudar a los pacientes a gestionar mejor sus problemas de salud, sus procesos de envejecimiento, sus discapacidades y sus afecciones mentales;
- ◆ apoyar a la familia y a los cuidadores para que se cuiden mejor a sí mismos y sus dependientes;
- ◆ promover la capacidad de la comunidad local para afectar sus determinantes de salud sociales y personales y contribuir al desarrollo de entornos saludables;
- ◆ alentar a las comunidades y los servicios de salud a unirse para coproducir servicios de atención y así contribuir al fortalecimiento del PNA y a mejorar la calidad de los servicios;
- ◆ garantizar la equidad en el acceso a la salud y las decisiones de atención de salud;
- ◆ reducir la dependencia de la atención institucional o de tratamientos médicos costosos, y
- ◆ promover la participación comunitaria en la toma de decisiones, en colaboración con el sistema de salud y con gobiernos locales y otros actores y sectores del desarrollo económico y social.
- ◆ garantizar el impacto y la sostenibilidad de las políticas públicas.

La primera línea estratégica de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* estipula el desarrollo de nuevos modelos de atención que satisfagan las necesidades de las personas y de las comunidades. Estos deberán incorporarse en la planificación regional e incluirse como componentes básicos de las estrategias de salud de los Estados Miembros. Para poner en marcha tales estrategias se requiere inversión para crear nuevas capacidades y desarrollarlas, entre

ellas, las de los trabajadores de la salud dedicados a la atención en el PNA y en la comunidad. La participación y el empoderamiento de la comunidad deben considerarse una oportunidad de fortalecer el PNA y de desarrollar nuevos modelos de prestación de servicios en esos entornos. También deben especificarse mecanismos para promover la participación y el empoderamiento de las personas y las comunidades, con el fin de tratar de ampliar progresivamente la prestación de servicios de salud. El fortalecimiento de las habilidades y competencias del personal de atención de la salud para apoyar al empoderamiento y la participación de las personas será central para nuevos modelos de atención hacia la salud universal (102).

Lo anterior significa que habrá que establecer RISS, pero además crear capacidades más allá del sector salud. Asimismo, habrá que elaborar planes multisectoriales que contemplen el desarrollo de habilidades y competencias de la comunidad y reconozcan su parte como coproductores de salud. También será importante reconocer y apoyar las contribuciones esenciales de los cuidadores y otros trabajadores no remunerados, a menudo mujeres que cuidan a familiares enfermos o ancianos. A medida que envejezca la población de la Región, la carga de trabajo de los cuidadores probablemente aumentará. Asimismo, podría aumentar el riesgo de negligencia o abuso de los adultos mayores. El enfoque multisectorial debe, por lo tanto, tratar de evaluar y responder a tales situaciones (103).

Por último, la evidencia sugiere que un abordaje limitado del fortalecimiento de la participación y el compromiso de la población, y su reducción al uso de una o dos estrategias fundamentales no dará como resultado los cambios de paradigmas que se requieren. Habrá que desarrollar capacidades e intervenciones de múltiples componentes, sin limitar la participación social a la utilización de mano de obra no remunerada, es decir, voluntaria.

El denominador común de estas estrategias es el fomento de la capacidad de las personas, los cuidadores y los miembros de la comunidad para que se conviertan en participantes activos de su propia atención. Sin embargo, es posible que individuos y cuidadores se resistan a asumir una función activa por una serie de razones, que pueden ser por su nivel de instrucción y educación, creencias, valores, normas culturales y expectativas. Sin embargo, hay pruebas de que es posible avanzar en los programas de participación y empoderamiento, especialmente en las comunidades de difícil acceso, en las que el acceso y participación son bajos.

Estudio de caso P. Visión de la atención integral centrada en la persona (Costa Rica)

Costa Rica es un país muy comprometido con la cobertura universal de salud, pero ha tenido que hacer frente a muchos retos relacionados con el envejecimiento de su población y el aumento del número de personas con enfermedades crónicas. Esta evolución se ha dado en medio de un sistema de atención fragmentado y con limitaciones financieras, que han afectado la capacidad de promover la equidad y de responder a las necesidades y expectativas de la población.

Para abordar estos problemas se adoptó un modelo de atención de salud centrado en la persona, para promover el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (figura 9). El abordaje se ha centrado en la promoción del acceso al PNA y en estimular

la adopción de una serie de instrumentos de integración, entre ellos políticas, normas, definiciones de los niveles de atención, gestión de la atención para apoyar la continuidad de la prestación del servicio de salud, así como la creación de las plataformas de tecnologías de información y comunicación para compartir registros electrónicos de salud y promover la gestión virtual y remota de la atención (por ejemplo, un campus virtual).

Figura 9. Modelo de atención de la salud centrado en la persona



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, D.C: OPS; 2011. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.

CAPÍTULO 5



IMPLANTACIÓN DEL CAMBIO

Estrategias de apoyo a líderes y gestores para promover y planificar la transformación efectiva de los sistemas de salud

Los participantes del Foro Regional estuvieron de acuerdo en que para transformar los sistemas y servicios de salud hacia el acceso universal a la salud y su cobertura universal se necesita una fuerte voluntad política y estrategias de gestión del cambio. Con ello se reconoce que el éxito del fortalecimiento de los servicios de salud a menudo es parcial debido a las numerosas barreras que se anteponen a la adopción de las RISS o a que haya una inversión más directa en el PNA (104). Por lo tanto, la estrategia puede tener éxito en localidades específicas y no en los sistemas de salud como un todo debido a la falta de políticas y estrategias nacionales que involucren los cambios sistémicos (estructurales y funcionales), el escaso desarrollo de competencias gerenciales para el cambio y la escasa movilización de recursos humanos, tecnológicos y financieros que viabilicen la salud universal.

Un buen ejemplo es el proceso de establecimiento de RISS en Brasil. Algunos obstáculos al respecto han sido 1) la falta de acuerdo sobre las políticas entre los distintos ámbitos gubernamentales; 2) las dificultades para crear incentivos adecuados a la colaboración entre municipios; 3) la falta de capacidad para gestionar la compleja tarea de integración en la práctica, y 4) la alta rotación política que genera falta de dirección estratégica clara y liderazgo comprometido (105).

La capacidad de reorientar los servicios de salud para centrarlos más en las personas, ponerlos a cargo del PNA y hacerlos más integrados se ha descrito como un logro fundamentalmente político (11), dado que requiere confrontar el modelo medicalizado existente y transformarlo en uno que dé poder y participación a las personas; transferir el poder y los recursos hacia el PNA y la atención comunitaria, e instituir nuevas formas de RISS que estimulen a profesionales y organizaciones a

trabajar de nuevas maneras. Por lo tanto, son procesos de largo aliento. Para que la reorientación de los servicios se convierta en la norma tendrá que haber compromiso político sostenido, más allá de gestiones gubernamentales aisladas y líderes y gestores calificados para facilitar el proceso (106, 107).

Formación de líderes y liderazgo

La estrategia establecida por la OPS para el acceso universal a la salud y cobertura universal de salud es una aspiración transformadora y requiere nuevas formas de liderazgo colaborativo que ayuden a incorporar a diversos interesados en un diálogo eficaz sobre políticas. Por lo tanto, se requiere un liderazgo transformativo que vaya más allá de entender cómo unir a personas y organizaciones con valores y motivaciones potencialmente en competencia. Es necesario elaborar y comunicar los nuevos objetivos y valores para unir a los interesados y motivarlos a promover la interdependencia y participación colectiva en el cambio (108, 109).

La función de liderazgo también necesita contar con destrezas específicas de trabajo en redes, ya que abarca todo el sistema. Los abordajes tradicionales de mando y control probablemente no funcionen en circunstancias en que se requiere llegar a acuerdos de intermediación entre diversas redes y establecimientos de atención. Esto requiere una inversión en líderes y liderazgo dentro de los servicios de salud para alcanzar las destrezas multidimensionales necesarias para hacer frente a situaciones a menudo complejas (110, 111). Quizás más importante aún, la evidencia sugiere que existe la necesidad de “liderazgo colectivo” entre las instituciones y las organizaciones, puesto que se reconoce que el éxito depende de cooperación y asociación estrechas (112).

La experiencia también señala la importancia del liderazgo compartido, de modo que el personal clínico y otras personas a cargo de aplicar los cambios localmente tengan autoridad para actuar e innovar. Así trabajarán en pro de una mayor descentralización de poder y autoridad a las comunidades locales.

Durante el Foro Regional se presentaron las lecciones aprendidas del establecimiento de nuevas organizaciones de servicios integrados en el País Vasco, en España. Allí, la capacidad de promover microsistemas y permitir que la innovación fluya de abajo hacia arriba fue útil. Sin embargo, se considera que el liderazgo y el impulso otorgados por líderes clínicos locales y otros socios fueron clave para el rediseño de los servicios (113, 114, 115).

Una lección final ya documentada sobre el liderazgo es la noción de transparencia (112). Esto se refiere a la capacidad de los líderes de garantizar que todo el trabajo relacionado con el cambio transformativo esté abierto a la participación de todos los interesados y a su escrutinio, incluso por el público. Más aún, ese abordaje implica que los líderes deben ser plenamente responsables de los resultados y del rendimiento del cambio del cual están a cargo y comunicar los efectos (positivos y negativos) de manera clara e inclusiva. Esta forma de actuar ayuda a generar confianza y compromiso, elementos que apoyarán a los socios en la atención de salud a participar y seguir un programa de transformación para el cambio. Esto es importante ya que el cambio es, esencialmente, un ejercicio altamente disruptivo que desafía el statu quo. Por ello, los líderes deberán ser valerosos y estar completamente preparados para hacer frente a los intereses creados y para promover las colaboraciones, además de que habrán de comprometerse con un proceso para el cambio a largo plazo.

Capacidad de colaboración

“La colaboración no es regalo de los dioses, sino una habilidad que requiere esfuerzo y práctica”. Douglas B. Reeves, The Learning Leader, 2014 (114).

La adopción eficaz y la puesta en marcha de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* dependerá en gran parte de la existencia de un entorno receptivo al cambio, tanto a nivel político nacional, regional como local. La transformación puede ser muy problemática para numerosas personas y organizaciones, que podrían no valorar el cambio propuesto o sentirse amenazados por sus consecuencias. Por otra parte, en muchos casos la asociación de diferentes prestadores y profesionales será una forma nueva de trabajar, por lo que exige otras destrezas.

Las condiciones que permiten la gestión del cambio dependen de tres tareas fundamentales:

1. La construcción de una coalición conductora de los líderes e interesados para impulsar el cambio desde arriba hacia abajo.
2. La generación de apoyo para el cambio de abajo hacia arriba, dentro y entre grupos profesionales y comunidades de práctica donde vayan a instaurarse las RISS es fundamental para el éxito. Esto incluye el desarrollo de un conjunto compartido de normas, creencias, valores y supuestos que sirvan para dar lugar al cambio.
3. El desarrollo de la capacidad de colaboración en el ámbito local que habilite y apoye a los grupos de profesionales para que trabajen juntos de manera efectiva o en equipos multidisciplinares o de múltiples organizaciones (105).

Establecimiento de una coalición conductora

Al formular políticas, diversos organismos gubernamentales y regionales deberán cooperar entre sí para apuntalar y aplicar estrategias, con el fin de desarrollar nuevos modelos de atención, promover el acceso universal a la salud y establecer la ampliación progresiva de los servicios de salud. Esto exige trabajo multisectorial, tanto dentro del sector salud (por ejemplo, salud pública, atención primaria, comunitaria y hospitalaria) como entre salud y otros sectores (por ejemplo, atención a largo plazo del adulto mayor y salud mental).

Hay pruebas de la importancia de conformar una coalición de socios del ámbito político y de alto nivel, con el fin de acordar los objetivos colectivos y la misión del sistema de salud y bienestar (108). Reunir un equipo de esa naturaleza, con personas y organizaciones clave, también es muy pertinente a nivel local y regional para defender el fortalecimiento del PNA y las RISS ante la población en general, grupos de personas con necesidades específicas y profesionales clave. La eficacia de ese abordaje a menudo se señala como una contribución importante de las estrategias de gestión del cambio.

Para hacer efectivo tal enfoque es necesario elegir gestores específicos con posición, poder, credibilidad y capacidad para conducir el proceso de cambio. También habrá que crear un equipo guía que sea inclusivo y multidisciplinario, con capacidad de controlar el proceso. Para cumplir con tales compromisos de primera línea es necesario salvar los obstáculos que antepone al cambio los políticos y respaldar la idea de que la creación de un entorno propicio para el cambio requiere iniciativas que surgen desde el más alto nivel jerárquico hacia abajo y viceversa (112).

Generación de apoyo al cambio

Hay pruebas de que lograr apoyo para el cambio a través de redes de proveedores de atención y otros interesados locales (por ejemplo, grupos que representan a personas afectadas por problemas de salud específicos) es una tarea compleja y adaptativa (112, 116). Fundamentalmente, esto se debe a que cada una de las partes interesadas (políticos, gestores, clínicos y pacientes) probablemente tengan diferentes prioridades y distintos grados de comprensión. Por otra parte, las actitudes hacia el cambio dependen de conductas impulsadas por relaciones y conexiones interpersonales. Conseguir apoyo de los interesados clave es una tarea sociocultural similar a la de construir una nación, para lo que habrá que establecer nociones de comunidad y ciudadanía.

El principal problema para generar apoyo para el cambio, por lo tanto, es uno de control, ya que los activistas de la atención integral se dan cuenta de que tienen relativamente poco poder directo (por ejemplo, mando jerárquico, poder financiero, conocimientos) y carecen de autoridad. Como resultado, los gestores necesitan competencias en los campos de la mediación y las relaciones interpersonales. También habrán de asumir una función elástica, estirando los límites, para ayudar a conectar a las personas entre sí y para desbloquear las barreras al trabajo en conjunto (117, 118).

En un ámbito más local, e incluso cuando se haya establecido una coalición conductora, se ha demostrado que puede encontrarse una resistencia considerable al cambio. Esto no es simplemente el resultado de asuntos relacionados con diferentes fuentes de fondos e incentivos, ni con funciones y tareas profesionales preexistentes. Es una preocupación más arraigada, que se deriva de no comprender la importancia de reorientar los modelos de atención para fortalecer el PNA o de promover la cobertura y el acceso a las poblaciones marginadas. Por eso es importante tener en cuenta las culturas, las normas y los valores preexistentes y la manera de explicarlos y reconocerlos al introducir el cambio a nivel local.

Construir el apoyo para el cambio es, por lo tanto, un componente explícito que requiere que se comprendan los problemas generados por su implementación, que se promueva la inclusión y una cultura de colaboración que forje el compromiso de líderes locales, del personal, los gestores y la comunidad. La cultura de la salud, que se manifiesta en el trabajo basado en grupos profesionales y organizaciones específicas, parece ser el mayor obstáculo para el cambio y requiere nuevas formas de pensar y nuevas competencias, incluidos un pensamiento sistémico; la colaboración y el trabajo en equipo; la gestión de la calidad y la mejora de procesos científicos. Para poder entender a quién y qué cambiar es necesario reconocer que los individuos y los equipos son la clave del cambio duradero y que es poco probable tener éxito en la búsqueda de apoyo si la población considera que se la está forzando a aceptar un programa que no goza de su acuerdo o consentimiento.

Capacidad de colaboración

Como se describe en el capítulo 4, las necesidades de las personas con problemas complejos y de largo plazo son cambiantes; esas personas cada vez dependerán más de un mayor número de profesionales y organizaciones de atención. Los cambios representan claramente un riesgo más alto para los usuarios, debido a los problemas que pueden derivarse de la fragmentación de la atención. La constitución de equipos multidisciplinarios eficaces y fiables y de RISS es importante;

sin embargo, el proceso no siempre se logra con éxito debido a la falta de capacidad para trabajar en equipo o al hecho de que los equipos no cuentan con la combinación de destrezas correcta para responder con eficacia a la demanda de atención (119, 120).

La conformación de equipos efectivos es un proceso de gestión del cambio por derecho propio y se ha demostrado que el apoyo que se les dé servirá para derribar los compartimientos aislados y para promover la educación y el aprendizaje interprofesional (121). Esta tarea puede respaldarse mediante una serie de estrategias, entre las que están la educación y la formación en trabajo multidisciplinario, para que a su vez puedan apuntalar las redes y los equipos efectivos. El éxito de las estrategias de ejecución del cambio requiere este tipo de inversiones para mejorar la capacidad de colaboración y así garantizar que la atención que se presta y organiza en el ámbito local cumpla plenamente los objetivos estratégicos.

Plan de gestión del cambio

Dada la diversidad de interesados que tendría que participar en el trabajo de diseñar y plantear nuevos abordajes de atención y provisión de servicios, es preciso comprender y utilizar las estrategias de gestión del cambio para facilitar el proceso. Si bien los participantes del Foro Regional acordaron que habría necesidad de realizar un proceso de ese tipo, señalaron que en la mayoría de los países no se habían aplicado específicamente estrategias de gestión del cambio.

En pocas palabras, una estrategia de gestión del cambio representa un conjunto racional y deliberado de tareas para los gerentes de los servicios de salud, para las que es necesario identificar y explorar nuevas formas de trabajo y desafiar la práctica establecida. La gestión del cambio, por lo tanto, representa el cómo hacer las cosas mediante el establecimiento de diversas tareas operativas que habrán de permitir que este ocurra. El abordaje requiere pensar en sistemas globales, ya que es necesario que los gerentes entiendan y aprovechen las interrelaciones en vez de pensar en función de causa y efecto.

Una serie de instrumentos pueden ayudar a líderes y gerentes en este proceso. La mayoría de ellos se relaciona con teorías del cambio validadas, como el proceso de ocho pasos para liderar el cambio de Kotter (figura 10) (122).

Por otra parte, trabajos recientes han establecido varios componentes necesarios para reorientar los sistemas y convertirlos en modelos de trabajo integrados centrados en la persona (108). Las tareas básicas de gestión requeridas para apoyar el cambio incluyen:

- ◆ Una evaluación objetiva del sistema de salud que permita comprender la causa común de la reforma del sistema, con el fin de determinar los elementos (necesidad, suministros, finanzas) que habrá que abordar.
- ◆ El análisis de situación para examinar cómo los cambios propuestos se ajustan a las funciones y los valores preexistentes de los interesados y para detectar posibles brechas e inversiones que deban hacerse y dónde, para facilitar la compatibilización.
- ◆ Una justificación explícita de la necesidad de cambiar la forma de trabajo. Elaborar una declaración de visión y de misión, que son necesarias para establecer una narrativa convincente de lo que hay que hacer y por qué. Estas deberán tratarse desde el punto de vista de las mejoras de la atención y los resultados para las comunidades locales y los pacientes.

- ◆ La capacidad de establecer una ganancia recíproca entre socios y actores en la atención y la habilidad de gestionar y mediar efectivamente los intereses de los diferentes socios y actores, frente a los objetivos colectivos más amplios de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud.
- ◆ Una estrategia de comunicación eficaz para transmitir mensajes claros y sistemáticos a todas las partes interesadas y para crear conciencia.
- ◆ El planteamiento de objetivos y medidas claras, coproducidas, con el objeto de evaluar y dar retroalimentación sobre el desempeño.
- ◆ Procesos de mejora de la calidad que conforman ciclos de aprendizaje en el tiempo.

No es el propósito de este informe proporcionar una comprensión detallada de estos asuntos relacionados con la gestión del cambio. Sin embargo, el de este capítulo sí sirve para destacar las tareas de liderazgo y gestión complejas y difíciles que todos los tomadores de decisión de los Estados Miembros deberán afrontar al comprometerse con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. El ritmo y el éxito de la adopción y la capacidad de ampliar las

Figura 10. Proceso de ocho pasos de Kotter para liderar el cambio



Fuente: Modificado de Kotter J. Leading change. Harvard Business School Press, 1996.

líneas estratégicas dependerán de la forma en que el proceso de cambio sea dirigido y gestionado. Por lo tanto, una ambición de la Región a largo plazo debe ser el establecimiento de un sistema de aprendizaje mediante el cual se puedan adquirir y utilizar conocimientos y habilidades a nivel individual, grupal y organizacional.

Estudio de caso 0. Programa de gestión del cambio para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, República Dominicana

En la República Dominicana, en la frontera con Haití, cinco provincias marginadas, con alta prevalencia de ENT no controladas han estado trabajando para mejorar el acceso y la calidad de la atención mediante el Programa para la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles (PRONEC).

El PRONEC evaluó las deficiencias de la atención a las personas con enfermedades crónicas en los servicios existentes proporcionados por las unidades nacionales de PNA. El Programa utiliza modelos de atención a enfermedades crónicas basados en la evidencia para decidir cuáles son los mejores modelos de atención en el contexto local. Se elaboró un plan de intervención de acuerdo con los resultados de la evaluación, en colaboración con las autoridades sanitarias, proveedores de atención de la salud y miembros de la comunidad local. Los planes posteriores pusieron de relieve varios aspectos, desde la capacitación de los equipos multidisciplinarios a la aplicación de instrumentos de apoyo al autocuidado. Otras medidas fueron la elaboración de guías para apoyar la toma de decisiones clínicas; el mejoramiento de la calidad de los servicios de derivación entre el PNA y la atención hospitalaria, y la promoción de la atención integral de los pacientes en transición entre proveedores de servicios. El PRONEC está sujeto a monitoreo constante y la evaluación de su eficacia

Fuente: Organización Mundial de la Salud. World Report on Ageing and Health. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.

Resumen y recomendaciones

La capacidad de dirigir y gestionar el cambio con eficacia es esencial para apoyar la transformación de los servicios de salud de manera que fortalezcan el PNA y promuevan el acceso equitativo, integral y de calidad a servicios de salud centrados en la persona. En la adopción de nuevas estrategias y modelos de atención, los Estados Miembros tendrán que invertir en la capacidad de liderazgo transformativo que sirve de apoyo al trabajo en colaboración en todo el sistema. Para ello, es fundamental generar confianza entre los responsables políticos, los proveedores de servicios, los profesionales y las comunidades. Y eso ocurre cuando la toma de decisiones es transparente y se promueve la responsabilidad colectiva de los adelantos y los resultados.

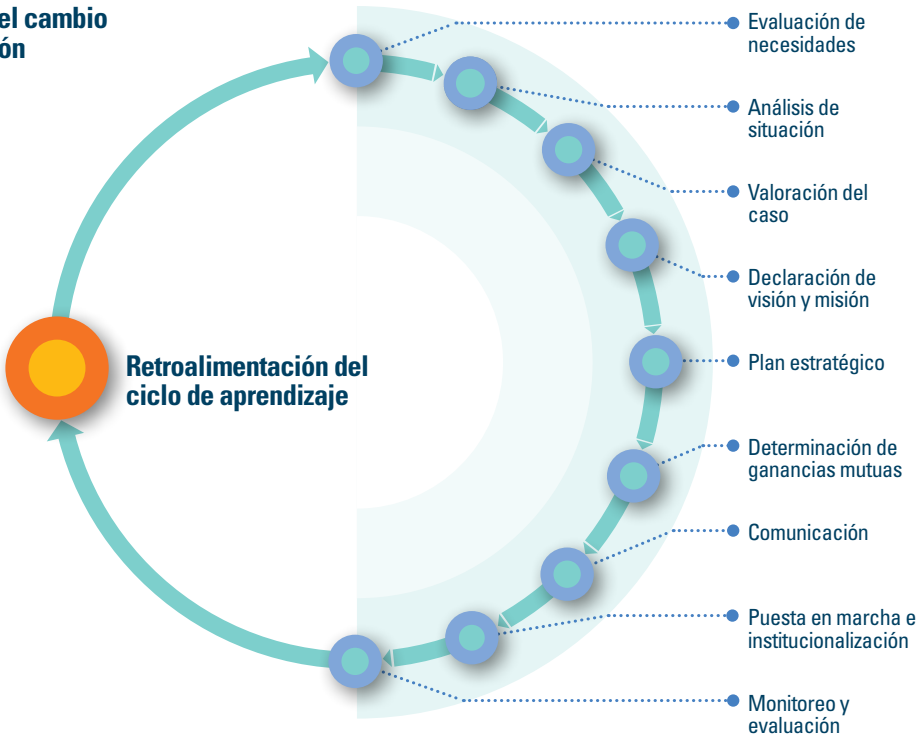
Es necesario que los sistemas de salud programen y establezcan condiciones que permitan el cambio, entre ellas, tres procesos básicos: 1) una coalición conductora constituida por líderes e interesados,

que dará impulso al cambio; 2) el apoyo al cambio de abajo hacia arriba para los grupos profesionales y entre ellos y las comunidades, y 3) el desarrollo de la capacidad de colaboración en el ámbito local, que habilite y apoye a los grupos de profesionales en el trabajo conjunto, multidisciplinario o entre varias organizaciones, incluidos gobiernos locales y líderes de la sociedad civil. Un elemento central para la generación de sostenibilidad e impacto del desarrollo es el empoderamiento de las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil con la salud.

Por último, los Estados Miembros deberán reconocer que facilitar el cambio es un proceso continuo que necesita tanto la planificación avanzada como la adaptación a medida que cambia la situación. La combinación eficaz de los pasos fundamentales de la gestión del cambio y las actividades necesarias para establecer relaciones puede ayudar a los Estados Miembros a generar un círculo virtuoso de adopción que tenga más probabilidades de lograr un cambio transformador durante un periodo sostenido (figura 11). Tales actividades requieren inversión inteligente de recursos en diversas actividades técnicas y de facilitación.

Figura 11. Modelo de cambio transformativo centrado en la persona y servicios de salud integrados basados en la atención primaria y comunitaria

Pasos del cambio de gestión



Actividades para establecer relaciones



Fuente: Adaptado de: Goodwin N. Managing Change Towards Coordinated/integrated Health Services Delivery. OMS: Oficina Regional para Europe.

CAPÍTULO 6



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

En este capítulo se resumen la sesión final del Foro Regional y las recomendaciones principales de los participantes con respecto a la implantación y a la acción para ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud. También se exponen las conclusiones a las que se llegó durante el Foro y durante la redacción de este informe.

Derecho a la atención de salud completa y continua

Los participantes describieron la necesidad de prestar atención integral y coordinada a lo largo del continuo de las necesidades de salud. Para ello se requiere el fortalecimiento del PNA, con el fin de garantizar un conjunto de prestaciones y servicios integrales que deben estar disponibles en ese nivel. Todos los programas de atención existentes en los diferentes Estados Miembros (por ejemplo, para enfermedades específicas y grupos de pacientes) deben recalibrarse con esa lógica. En otras palabras, la atención deberá ser integral, a través del tiempo y lo más completa posible. La atención integral debe garantizarse como un derecho de todos los ciudadanos.

Se reconoció que la aplicación de tales principios probablemente sea diferente para cada país, en función del contexto nacional y regional, como reflejo de la compleja realidad de prestar atención de salud a una población con diversas necesidades y aspiraciones. Se plantearon numerosas preguntas acerca de la forma de proporcionar servicios universales, por ejemplo, cómo llegar a toda la población, cómo organizar la atención y cómo financiarla, además de la inevitable disyuntiva entre dar más amplitud o más profundidad.

Subyacente a esas preocupaciones está la necesidad de inculcar valores fundamentales y comprometer a individuos y comunidades en el aprendizaje de su propia salud y en la toma de decisiones. Los participantes consideraron que la Resolución CD53.R14 del 53º Consejo Directivo

de la OPS que aprobó la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* constituye un mandato político para el avance hacia la Salud Universal y para el trabajo en ese sentido a nivel regional, nacional y local.

Participación y capacitación de la población y las comunidades

Con el fin de apoyar las aspiraciones de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* de la OPS habrá que invertir más tiempo y esfuerzos para lograr la participación y el empoderamiento de individuos, familias y comunidades. Se propusieron varias estrategias prácticas durante el Foro, aunque se observó que dichos métodos eran aún incipientes en muchos Estados Miembros. Se hizo hincapié en la necesidad de adoptar abordajes que conviertan a las personas de receptores pasivos de atención a participantes activos y comprometidos en la atención de salud y en la defensa del derecho a la salud, con equidad y solidaridad. Así, los sujetos sociales pasarían a ser un bien activo, socios de los servicios de salud, actores políticos del desarrollo de su salud y del económico y social; promotores del bienestar y de la calidad de vida; podrían asumir la responsabilidad del autocuidado y promoverían la salud individual y colectiva. Todo ello exige un cabildeo eficaz, movilización social, aceptación de la comunidad y empoderamiento de la sociedad civil, así como un control social de los acuerdos sectoriales e intersectoriales de salud.

Desarrollo de capacidades y trabajo en equipo

El fortalecimiento de los equipos de base comunitaria debería ser una estrategia central. La formación fortalecerá a los nuevos proveedores de servicios y las funciones profesionales y promoverá el trabajo en equipo e intersectorial. Habrá que contar con una estrategia de formación de recursos humanos y con una combinación de capacidades que garantice las futuras funciones y actividades que desempeñarán los equipos de base comunitaria que trabajan en el ámbito del PNA. Será necesario complementar las competencias de salud pública (es decir, aquella con miras a la promoción de la salud y el bienestar de las comunidades locales) con las concernientes a las de atención individual en centros de primer nivel. Algunos elementos destacados de la formación de equipos son:

- ◆ Los sistemas de salud deben desarrollar capacidades de planificación de recursos humanos, tecnológicos y financieros para afrontar las necesidades actuales y futuras de los nuevos modelos de atención.
- ◆ La adopción de políticas y estrategias adecuadas de recursos humanos en salud, incluyendo el desarrollo de alianzas y coaliciones que les den viabilidad política, económica y técnica.
- ◆ La inversión esencial y el apoyo a la formación y la educación de profesionales y técnicos, a partir de las universidades y escuelas.
- ◆ La promoción de la colaboración entre colegas en funciones profesionales y técnicas y a través de los equipos, para garantizar la eliminación de los compartimentos cerrados en la prestación de servicios; potencialmente habría que adaptar las estructuras organizativas.
- ◆ La necesidad de proporcionar satisfacción y seguridad laboral, tanto en las funciones nuevas como en las existentes en la APS, ya que esas condiciones están subvaloradas y son esenciales para la estabilidad de la fuerza de trabajo y los objetivos de los nuevos modelos de atención.

- ◆ La formación de recursos humanos para el PNA es una prioridad fundamental para el futuro de estos modelos.
- ◆ Las competencias de gestión son una gran preocupación, especialmente para el personal que trabaja en redes y de manera interinstitucional. Para tales situaciones podría ser necesario contar con gestores de redes integradas y de los equipos comunitarios con capacidad de gestión de las acciones de salud pública e individuales y de negociación y concertación intersectorial.

Desarrollo de la colaboración intersectorial

La coordinación de la acción con otros sectores con el fin de abordar los determinantes sociales de la salud es un elemento esencial para la salud universal y para impactar la situación de salud de la población con equidad, con mayor énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad y los postergados del desarrollo. Debe prestarse una particular atención a las condiciones crónicas, la migración, el envejecimiento, las enfermedades emergentes y reemergentes, el cambio climático, los desastres, las barreras de acceso a servicios de salud y sus determinantes sociales. Se necesita trabajo intersectorial para promover la salud, el bienestar y la protección social. Habrá de prestarse atención a la rectoría y a la gobernanza eficaces para conducir los procesos de desarrollo de la salud universal que requerirán la generación y movilización de recursos para fortalecer el PNA y las RISS y la acción conjunta de autoridades sanitarias nacionales y de departamentos, provincias, municipales y otras. La reducción de las barreras legislativas, en unos casos, y de la legislación, la regulación y la reglamentación, en otros, serán imprescindibles para el trabajo interinstitucional, intersectorial y con las comunidades al nivel operativo.

Financiamiento de la atención integral

El financiamiento es un elemento central para los cambios y transformaciones necesarios de los sistemas de salud comprometidos con la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud de calidad, mediante nuevos modelos de atención a la salud. Ello se debe a 1) la baja inversión histórica en los servicios de salud, sobre todo en áreas desatendidas, rurales y urbanas marginales; 2) la financiación de modelos biomédicos centrados en el hospital y no en las personas y las comunidades; 3) la ineficiencia de la inversión en salud y 4) la segmentación de los sistemas no solidarios y desintegrados.

La ampliación del financiamiento público y la eliminación del gasto de bolsillo son reivindicaciones importantes, por la necesidad de cerrar las brechas existentes en la atención actual, mientras se asumen las nuevas necesidades y demandas a la luz del envejecimiento acelerado de la población, del crecimiento acelerado del número de personas con enfermedades crónicas de larga duración, de los migrantes, de salud mental, de los accidentes, de las adicciones, del desarrollo tecnológico y farmacéutico, y de la mala salud por los determinantes sociales, entre otras. El financiamiento de la salud universal debe ampliar su ámbito más allá de los problemas de la provisión de servicios individuales.

No es recomendable que la complejidad de estos problemas se reduzca a que los sistemas de seguros cubran no solo la atención médica, sino también las necesidades a largo plazo y que aporten

a la asistencia para que se promueva la independencia y la autonomía y el cuidado en el entorno doméstico, así como que se extiendan las coberturas de salud y los seguros de atención de salud, a largo plazo, para el adulto mayor. Son temas importantes, pero la visión de la salud universal va más allá.

Sin duda, podrán desarrollarse nuevas fuentes de financiamiento. Por ejemplo, para contribuir directamente a la formación de la fuerza laboral o para disponer de nuevas inversiones o incentivos.

Es necesario encontrar recursos sostenibles, así como contar con inversiones de capital para el rendimiento a largo plazo. Hay que realizar un análisis de los métodos basados en el valor de la inversión para incluir beneficios más amplios para las personas y las comunidades, y no tomar en cuenta solo los costos y los resultados de salud.

Información, comunicación y tecnología

Para que funcione la integración de la atención y la gestión de la población y el paciente es necesario contar con un identificador único de usuarios que ayude a manejar la continuidad de la atención, por ejemplo, para realizar la estratificación del riesgo y orientar a las personas necesitadas, y que conecte a las personas con los servicios. Ello es un componente esencial del avance hacia una historia clínica electrónica, con potencial de maximizar el uso de los recursos, ya que sirve para reducir la duplicación. Sin embargo, la capacidad de los sistemas de información debe mejorarse significativamente para generar la información y los datos necesarios para tomar decisiones bien informadas, para evaluar, para medir, para gobernar sistemas complejos y para comprender el impacto del cambio. En cuanto a la tecnología de la salud, es necesario desarrollar la capacidad de recolección e interpretación de los datos en apoyo a las intervenciones. El uso de mecanismos de telesalud y de telemedicina podría crear oportunidades de ampliar el acceso a la atención.

Evaluación, generación y transferencia de conocimientos

Al embarcarse en la construcción y el desarrollo de nuevos sistemas de atención debe realizarse un análisis y una reflexión estratégicos sobre lo que efectivamente funciona. Los gobiernos deberían estimular al sector académico a trabajar con los sistemas y los servicios de salud y las comunidades locales para generar conocimientos y pruebas que respalden los cambios. Por ejemplo, el sector académico podría ayudar a encontrar soluciones operativas reales, adaptadas a distintas realidades nacionales y locales, para la atención de salud centrada en las personas como parte de RISS. Utilizar redes de intercambio de conocimientos entre países, a nivel regional, sería una forma de compartir metodologías y experiencias empíricas útiles para el cambio.

Por ejemplo, podrían conformarse foros regionales y subregionales en el Caribe para compartir, adaptar y probar diferentes ideas y métodos. El intercambio de experiencias sobre la gestión del cambio para determinar la mejor manera de lograrlo con éxito, tanto con respecto a políticas como localmente, es crucial para su implementación. El establecimiento de una asociación mundial más allá de la Región también podría ser apropiado.

Los participantes en el Foro insistieron en su solicitud de un mayor apoyo técnico a los Estados Miembros en diversos temas. Algunos de los retos compartidos más comunes incluyen:

- ◆ Evaluación de tecnologías sanitarias y mecanismos para valorar la excelencia clínica, tanto para determinar y promover la calidad en la atención, como para apoyar un método que defina los servicios de salud.
- ◆ Instrumentos de autoevaluación para decidir dónde priorizar las inversiones para mejorar la salud de la población.
- ◆ Métodos para comprometer a las comunidades locales en la planificación y la evaluación de la atención.
- ◆ Planificación y provisión de la atención basados en las necesidades de salud y bienestar de las familias y comunidades. Es necesario evitar los métodos fundamentados exclusivamente en la enfermedad y abordar distintos temas, como la violencia contra el adulto mayor y su maltrato entre otros de creciente importancia epidemiológica y social. Por lo tanto, es necesaria una visión holística a lo largo del curso de vida.
- ◆ La integralidad es un principio indispensable, de manera que los sistemas de atención no dejen de lado necesidad alguna, pero conciben a la persona, a las familias y a las comunidades como entidades integrales y no compartimentadas en problemas de salud o enfermedades.
- ◆ Los programas prioritarios son importantes, pero la integralidad de la atención es imperativa.
- ◆ Se requiere un cambio cultural entre la población, los profesionales y los políticos para adoptar nuevas formas de pensar y de trabajar. Será necesario crear una masa crítica en apoyo al cambio y una actitud de sí podemos.
- ◆ Para avanzar en las actividades a lo largo del tiempo, los Estados Miembros deberán hacer frente al cambio transformativo. Habrán de generarse espacios para aprender, analizar, revisar y considerar diferentes estrategias y abordajes.
- ◆ La ampliación progresiva de los servicios de salud hacia la salud universal está directamente vinculada al financiamiento, a los cambios de modelos de atención y de organización, al fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza en cada nivel de gestión, a la disminución de la segmentación y la fragmentación y al abordaje de los determinantes sociales de la salud, por lo que habrá que hacer un esfuerzo concertado en los Estados Miembros para dar prioridad a la salud en todas las políticas.
- ◆ El futuro probablemente llamará a incluir algunos métodos no tradicionales en otros sectores y comunidades, para lo cual será importante que quienes dirigen y gestionan las RISS establezcan redes y asociaciones muy activas.

Gestión del cambio

Es imprescindible el desarrollo de la capacidad de conducción de los procesos de cambio. Son procesos complejos de largo aliento, con vías contrapuestas, paralelas y cruzadas de alimentación y retroalimentación de doble vía que, como se planteó, requieren procesos de gestión del cambio robustos.

La gestión del cambio debe involucrar a las autoridades políticas y técnicas nacionales, intermedias y locales, del sector salud y de otros sectores, del campo económico y del campo social, de la sociedad civil, del Estado nacional y subnacional, y de entidades privados y ONG.

La mayor contribución a la sostenibilidad de estos complejos cambios es que sean procesos políticos democráticos, consensuados y constructores de ciudadanía, con mecanismos de petición y rendición de cuentas. Cada contexto será definitorio de sus características y de las dimensiones posibles y trayectorias viables para la gestión de estos procesos de cambio.

Observaciones finales

Los participantes en el Foro Regional alcanzaron un consenso y un compromiso político con las metas de acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y, específicamente, con los derechos de todas las personas a la salud y el bienestar. También hubo un amplio acuerdo sobre la necesidad de tomar medidas ahora, sobre todo para fortalecer el PNA. El reto futuro para los Estados Miembros, por tanto, consiste en definir abordajes para ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud, para generar un impacto real a nivel nacional y regional. Este informe contiene recomendaciones y acciones que representan una variedad de opciones potenciales que deben considerarse activamente. Sin embargo, el método de aplicación y la configuración de cómo se debe prestar y organizar la atención variará necesariamente en función de los diferentes contextos.

En el Foro Regional también se demostró el valor de compartir experiencias y de conocer los progresos de otros países. Asimismo, se resaltaron algunos temas cruciales para los cuales la OPS podría brindar colaboración. Entre ellos está la facilitación de futuros intercambios de aprendizaje y cooperación. El Secretariado de la OPS señaló que se elaborarían recomendaciones relativas a las opciones para organizar dicha cooperación técnica, con el fin de orientar el avance en años venideros. Por ejemplo, podrían apoyarse proyectos más estructurados que sirvieran para entender cómo involucrar a los usuarios y las comunidades y cómo capacitarlos para que participen en la salud. La OPS tiene una función en ese sentido, ya que puede convocar a los Estados Miembros para compartir información o promover programas de trabajo conjuntos, así como proporcionar la asistencia técnica necesaria, cuando así se requiera.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019. Washington D. C.: OPS; 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Plano-Estrat-2014-2019-ExecESP-2.pdf?ua=1>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019: Compendio de indicadores del impacto y resultados intermedios. Washington, D. C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2012. Panorama regional y perfiles de país. Washington D. C.: OPS; 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=7:health-in-the-americas&Itemid=113&lang=es.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7652>.
5. Organización Panamericana de la Salud. A position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization. Serie Renewing primary health care in the Americas. Washington, D. C.: OPS; 2007. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Serie Renewing primary health care in the Americas. Washington D. C.: OPS; 2011. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf.
7. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of the literature. Artículo de debate n.o 2. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf.
9. Organización Mundial de la Salud. Health workforce 2030. A global strategy on human resources for health. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/strategy_brochure9-20-14.pdf?ua=1.
10. Organización Mundial de la Salud. Health workforce 2030. Towards a global strategy on human resources for health. Synthesis paper of the thematic working groups. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en.

11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2010/es/>.
12. Goodwin N. Avanzando hacia la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud: intervenciones e instrumentos clave. Proceedings of the Regional Forum. Washington, D. C., 13-17 de julio del 2015. Informe inédito de la OPS.
13. Organización Panamericana de la Salud. 55.º Consejo Directivo. 68.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD55.R8. Los sistemas de salud resilientes. Washington, D. C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-s.pdf>.
14. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6-12 de septiembre de 1978, Alma Ata, Rusia (actualmente Almaty, Kazakhstan). Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Access and Services Unit, Department of Health Systems and Services. Definition of health services with progressive expansion. Documento preliminar para debate sin publicar, julio del 2015.
16. Organización Mundial de la Salud. Preventing chronic disease: a vital investment. Ginebra: OMS, 2012. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/.
17. Organización Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centered and integrated health services: interim report. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. World Health Report 2008. Primary care: now more than ever. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
19. Organización Panamericana de la Salud. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS. Serie n.º 3. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2010. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31322>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Medical education for primary health care (Series: The Renewal of Primary Health Care in the Americas No. 2). Washington, D. C.: OPS; 2009. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31213>.
21. Saltman RB, Rico A, Boerma W. Primary health care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead: Open University Press; McGraw-Hill Education; 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf.
22. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
23. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low- and middle-income countries: a priority for primary care. *Lancet*, 372(9642):940-949.

24. Organización Mundial de la Salud. People-centered and integrated health services: an overview of the evidence. Interim report. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>.
25. Monteiro M. An elephant in the room: expanding the health systems response to chronic disease, presentation to PAHO Regional Forum, Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions, Washington D. C.: 13 de Julio del 2015.
26. Organización Mundial de la Salud. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf.
27. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*, 2004;13(4):299-305. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/299>.
28. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1.
29. MacAdam M. PRISMA: Program of research to integrate the services for the maintenance of autonomy. A system-level integrated care model in Quebec. *Int J Integr Care*. 2015;15(6). Disponible en: <http://doi.org/10.5334/ijic.2246>.
30. Hébert R, Dubois M-F, Raïche M, Dubuc N. The effectiveness of the PRISMA integrated service delivery network: preliminary report on methods and baseline data. En: Hébert R, Tourigny A, Raïche M (ed.). *Integration of services for disabled people: research leading to action. Volumen II*. Canadá: EDISM; 2008. p. 216.
31. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. Londres: The King's Fund, 2014.
32. Wodchis W, Dixon A, Anderson G, Goodwin N. Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *IJIC*, vol. 15, número especial, 23 de septiembre del 2015.
33. Organización Mundial de la Salud. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Herrman H, Saxena S, Moodie R. (eds.). Ginebra: OMS; 2005.
34. Kestel D. Integrating priority programs: mental health, presentation to PAHO Regional Forum, Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions, Washington D. C.: OPS; 2015.
35. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380(9836):37-43.
36. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry*. 2004; 49(10):663-672.

37. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary bypass surgery. *Lancet*. 2003; 362(9384):604-609.
38. Junger J, Schellberg D, Muller-Tasch T, Raupp G, Zugck C, Haunstetter A, et al. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(2): 261-267.
39. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014;10:425-448.
40. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Cox M, Campbell LA, Maaten S. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures. *CMAJ*. 2007;176(6):779- 784.
41. Organización Mundial de la Salud/WONCA. Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/.
42. Organización Mundial de la Salud. MhGAP intervention guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized health settings. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf.
43. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. Londres: The King's Fund; 2012. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf.
44. Naylor C. Physical and mental health. En: Amelung VE, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (eds). *Hanbook of Integrated Care*. Cham: Springer; 2017.
45. Reiss-Brennan B, Briot PC, Savitz LA, Cannon W, Staheli R. Cost and quality impact of Intermountain's mental health integration program. *J Healthc Manag*. 2010; 5(2):97-113.
46. Rosenberg D, Lin E, Peterson D, Ludman E, Von Korff M, Katon W. Integrated medical care management and behavioral risk factor reduction for multicondition patients: behavioral outcomes of the TEAMcare trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(2):129-134.
47. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013;13:260.
48. Katon W, Russo J, Lin EH, Schmittdiel J, Ciechanowski P, Ludman E, et al. Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):506-514.
49. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, Lin EH, Ludman E, Ciechanowski PS. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(6): 1155-1119.
50. Piette J, Lun KC, Moura LA Jr, Fraser HS, Mechael PN, Powell J, et al. Impacts of e-health on the outcomes of care in low-and middle- income countries: where do we go from here? *Bull World Health Organ*. 2012;90:365-372.
51. Snyder CF, Wu AW, Miller RS, Jensen RE, Bantug ET, Wolff AC. The role of informatics in promoting patient- centered care. *Cancer J*. 2011;17(4):211-218.

52. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Acceso y Servicios, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud. Definition of health services with progressive expansion. Documento preliminar inédito para debate, 2015.
53. Organización Panamericana de la Salud. Resolution CD53.R14 Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington, D. C: OPS; 2014.
54. Giedion U, Bitrán R, Tristao I. Health benefit plans in Latin America: A regional comparison. Washington D. C.: IDB; 2014.
55. Roviro J. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación. Washington D. C.: OPS; 2003.
56. Goodwin N, Gruen R, Iles V. Managing Health Services (Understanding Public Health). Maidenhead: Open University Press; 2006.
57. Bobadilla J, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. Bull World Health Organ. 1994;72(4):653-662. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486601/>.
58. Banco Mundial. World development report 1993: investing in health. Washington, D. C.: BM; 1993.
59. Organización Mundial de la Salud. Patients for patient safety: partnerships for safer care. Ginebra: OMS; 2014.
60. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model Part 2, JAMA. 2002; 288(15):1909-1914.
61. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools (documento de trabajo). Copenhagen: Oficina Regional de la OMS en Europa, 2015.
62. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 de noviembre de 1986. Ginebra: OMS; 1986. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
63. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreul K, Conklin A et al. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. BMC Health Serv Res. 2013;13:117. Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-117>.
64. The Health Foundation. Evidence: helping people help themselves. Londres: The Health Foundation; 2011. Disponible en: <http://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves/>.
65. Weingarten S, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, et al. Interventions used in disease management programs for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ. 2002;325(7370):925.
66. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic diseases in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-2475.

67. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glyceic control: a meta-regression analysis, *JAMA*. 2006; 296(4):427-440.
68. Challis D, Hughes J, Berzins K, Reilly S, Abell J, Stewart K. Self-care and case management in long-term conditions: the effective management of critical interfaces. SDO Project. Londres: HMSO, 2010. Disponible en: <http://www.pssru.ac.uk/pdf/MCpdfs/SCCMfr.pdf>.
69. Purdy S. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say? Londres: The King's Fund, 2010. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010_O.pdf.
70. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europe. Empowerment in mental health. Working together towards leadership. Copenhagen: OMS, 2010. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/128088/Factsheet_MNH_Empowerment.pdf.
71. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: an introduction to patient activation. Londres: The King's Fund, 2014. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/supporting-people-manage-health-patient-activation-may14.pdf.
72. Whitlock E, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioural counselling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):267-284.
73. Glasgow R, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self- management, *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(11):563-574.
74. Rogers A, Kennedy A, Bower P, Gardner C, Gately C, Lee V. The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation. *Med J Aust*. 2008;189(10 Suppl):S21-S24.
75. Organización Panamericana de la Salud. CARIDIAB – Guiding and supporting national quality improvement initiatives for diabetes in less well-served parts of the world: a proof-of-concept project in the Caribbean. Part of the Caribbean Chronic Care Collaborative (CCCC). Washington, D. C.: OPS; 2013. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1399:2009-caridiab-caribbean-diabetes-project&Itemid=1353&lang=en.
76. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Tellez A. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto- manejo y control metabólico de la diabetes tipo 2, en un centro de atención primaria. *Rev Med Chile*. 2010;138(6):729-737. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600010.
77. Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ*. 2010; 340:c112.
78. Belanger E, Rodriguez C, Groleau D. Shared decision-making in palliative care: a systematic mixed studies review using narrative synthesis. *Palliat Med*. 2011;25(3): 242-261.
79. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(4):554-564.

80. Coulter A. Implementing shared decision making in the UK. Londres: The Health Foundation, 2010. <http://www.health.org.uk/publications/implementing-shared-decision-making-in-the-uk>.
81. The Health Foundation. Helping people share decision making. Londres: The Health Foundation, 2012. <http://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making/>.
82. Alekson V. Active Patient. The case for self-direction in health care. Policy Paper. The Center for Welfare Reform and HSMC. Birmingham: Universidad de Birmingham; 2011. <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/publications/active-patient-paper.pdf>.
83. Mulley A, Trimble C, Elwyn G. Patients' preferences matter. Stop the silent misdiagnosis. Londres: The King's Fund, 2012. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/patients-preferences-matter>.
84. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2001, Fall;25(2), 134-141.
85. Repper J, Watson E. A year of peer support in Nottingham: lessons learned. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2012;7(2);70-78.
86. Salzer M, Shear S. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil*. 2002;25(3):281-288.
87. Ratzlaff S, McDiarmid D, Marty D, Rapp C. The Kansas consumer as provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29(3):174-182.
88. Bracke P, Christiaens W, Verhaeghe M. Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems. *J Appl Soc Psychol*. 2008;38(2):436-459.
89. Mowbray CT, Moxley DP, Colling ME. Consumers as mental health providers: first person accounts of benefits and limitations. *Journal of Behavioural Health Services & Research*. 2008;25(4):397-411.
90. Repper J. Peer Support Workers: Theory and Practice. Center for Mental Health and Mental Health Network. NHS Confederation; 2013.
91. Fisher EB, Strunk RC, Highstein GR, Kelley-Sykes R, Tarr KL, Trinkaus K, et al. A randomized controlled evaluation of the effect of community health workers on hospitalization for asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(3):225-232.
92. Goodwin N. National Health Systems: Overview. En: Heggenhougen K, Quah S (eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 4. San Diego: Academic Press; 2008. pp 497-512.
93. Equalities Reviews. Fairness and freedom: the final report of the equalities review. Londres: Equalities Reviews, 2007.
94. Carers Trust. Why do carers need support? Reino Unido: Carers Trust; 2012. <https://ctcww.org.uk/why-do-carers-need-support/>.
95. Attree P, French B, Milton B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health Soc Care Community*. 2011;19(3):250-260.

96. The Health Foundation, Blomfield M, Cayton H. Community engagement: a report for the Health Foundation. Londres: The Health Foundation; 2009.
97. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2014;29 (Supp 2):ii98-ii106.
98. Buffardi A, Cabello R, Garcia P. Towards greater inclusion: lessons from Peru in confronting challenges of multi-sector collaboration. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32 (3):245-250.
99. Lacombe R. Integrated care in a remote region of Canada—integrating different stakeholders. Presentation to PAHO Regional Forum, Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions, Washington D. C., 14 de julio del 2015.
100. Gottlieb K. The Nuka system of care: improving health through ownership and relationships. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72:21118. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23984269>.
101. Organización Mundial de la Salud. World report on disability. Ginebra: OMS; 2011.
102. Organización Mundial de la Salud. Building capability beyond the health sector to deliver universal health coverage. Technical Working Group 8 Global Strategy on Human Resources for Health, 2015. Disponible en: http://origin.who.int/workforcealliance/media/news/2014/16KIT_Health_capacitybeyondhealthsector.pdf.
103. Organización Panamericana de la Salud. La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Washington, D. C.: OPS; 2008. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/6034>.
104. Wise M, Nutbeam D. Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promot Educ*. 2007;Suppl 2:23-27.
105. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, da-Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Pol Plan*. 2015;30(6):705-717.
106. Organización Mundial de la Salud. Goodwin N. Managing Change Towards Co-ordinated/Integrated Health Services Delivery. Copenhague: OMS, Oficina Regional para Europa; 2015.
107. Goodwin N. Masterclass: managing change towards integrated care: the key steps for implementation. Presentation to 3rd World Congress on Integrated Care, Ciudad de México, 21 de noviembre del 2015.
108. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Sere M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008;372(9642):917-927.
109. Den Hartog D, Koopman P. Leadership in organizations. En: Anderson A, Ones DS, Sinangil HK, Viswesvaran C (eds.). *Handbook of industrial, work and organizational psychology*, vol. 2. Londres: SAGE; 2001.
110. Reeves DB. *Learning Leader: How to Focus School Improvement for Better Results*. ACSD, 2006.
111. Timmins N. *The practice of system leadership: being comfortable with chaos*. London: The King's Fund, 2015.

112. West M, Eckert R, Steward K, Pasmore B. Developing collective leadership for health care. Londres: The King's Fund; 2014.
113. Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care*. 2013;13(3).
114. Toro N. Integrated care and management of chronic conditions in Europe and the Basque Country. Presentation to PAHO Regional Forum, Expanding equitable access to health services: experiences and key interventions. Washington D.C.: OPS, 2015.
115. Toro N, Berraondo I, Pérez I, Nuño R, Del Río M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *Int J Integr Care*. 2015;15:24.
116. Edgren L, Barnard K. Applying a complex adaptive systems approach to the management of integrated care. *Int J Integr Care*. 2009;9(Suppl):e125.
117. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*. 2001;323(7315):746-749.
118. Perri P, Goodwin N, Peck E, Freeman T. *Managing Networks of 21st Century Organizations*. Basinstoke: Palgrave-McMillan, 2006.
119. King HB, Battles J, Baker DP, et al. TeamSTEPPS (TM): Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. En: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., (eds.). *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, vol. 3. Performance and Tools. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
120. Baker DP, Day R, Salas E. Teamwork as an essential component of high-reliability organisations. *Health Serv Res*. 2006; 41(4 Pt 2):1576-1598.
121. Margalit R, Thompson S, Visovsky C, Geske J, Collier D, Birk T, et al. From professional silos to interprofessional education. *Qual Manag Health Care*. 2009;18(3):165-173.
122. Kotter JP. *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press; 1996.

GLOSARIO

Abordaje intersectorial (*también acción, enfoque, trabajo intersectorial*): intervención coordinada de más de un sector social en acciones destinadas a la mejora de la salud y del bienestar de la población, referido a políticas, programas y proyectos llevados a cabo por dos o más ministerios o agencias del gobierno. Esta incluye tanto la acción puramente horizontal entre ministerios y agencias, como acciones entre diferentes niveles del gobierno. Tradicionalmente, el sector salud ha liderado acciones entre sectores para salud y equidad en salud, por ejemplo a través del abordaje de “Salud en todas las Políticas” y el “Abordaje de Gobierno Conjunto”.

(Organización Mundial de la Salud. *Primer borrador del Marco Conceptual a nivel de País para la Acción Intersectorial en Salud y Equidad en Salud, segundo documento de discusión de la OMS, 2015, disponible en <http://www.who.int/nmh/events/WHO-discussion-paper2.pdf?ua=1&ua=1>*).

Acceso universal a la salud: ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud y tengan una vida saludable que permita su desarrollo humano y su bienestar.

Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.^o Consejo Directivo, 66.^a Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C.: OPS; 2014.*

Análisis de las necesidades de salud: método de revisión sistemática de los problemas de salud de una población que conduce a consensuar prioridades y a la asignación de recursos para mejorar la salud y reducir inequidades.

(Cavanag S, Chadwick K. *Health needs assessment: A practical guide. UK National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005. Disponible en: <http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=513203>*).

Autocuidado: también denominado automanejo o cuidado personal, es lo que las personas hacen por sí mismas para establecer y mantener su salud, prevenir las enfermedades y lidiar con ellas. Es un concepto muy amplio que incluye la higiene (personal y general), la nutrición (tipo y calidad de alimentación), el estilo de vida (actividad física, placer, etc.), los factores ambientales (condiciones de vida, hábitos sociales, etc.) los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales, etc.) y la automedicación.

(Organización Mundial de la Salud. *Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. The Hague, Netherlands: OMS; 1998*).

Calidad de los servicios de salud: se define como el grado en que los servicios de atención en salud 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.

(Organización Panamericana de la Salud. *Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente, CSP 27/16; 2007*).

Capacidad resolutive: en este contexto es la capacidad de los servicios de salud de brindar cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital.

(Modificado de Organización Panamericana de la Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D. C.: OPS, 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4*).

Cobertura universal de salud: se define como la existencia de mecanismos de organización y financiamiento del sistema de salud suficiente para cubrir a toda la población (Resolución CD53.R14, 53.º Consejo Directivo de 2014).

Continuidad de la atención: corresponde al grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud.

(Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. *Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ* 2003; 327(7425):1219-1221). En: *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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.º 4).*

Convenciones internacionales sobre derechos humanos: los derechos humanos son normas básicas necesarias para vivir como un ser humano, sin las cuales las personas no pueden sobrevivir ni desarrollarse con dignidad. Son inherentes al ser humano, inalienables y universales. Las Naciones Unidas establecieron una serie de normas comunes sobre los derechos humanos cuando aprobaron en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos. Desde entonces, la Organización ha aprobado numerosos instrumentos internacionales vinculantes sobre derechos humanos. Estos tratados se utilizan como marco para debatir y aplicar dichos derechos. Por medio de estos instrumentos, los principios y los derechos que definen se han convertido en obligaciones jurídicas para los Estados que deciden vincularse a ellos. Los instrumentos del marco internacional de derechos humanos son la Declaración Universal de Derechos Humanos y los seis tratados fundamentales sobre derechos humanos: 1) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; 2) el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; 3) la Convención sobre los Derechos del Niño; 4) la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; 5) la Convención internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y 6) la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Otros instrumentos relevantes para este documento son la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Todos los países del mundo han ratificado por lo menos uno de estos tratados, y muchos han ratificado la mayoría de ellos. Son documentos importantes para responsabilizar a los gobiernos del respeto, la protección y la realización de los derechos de los individuos de sus países. (Adaptado de UNICEF. “El marco de los derechos humanos”. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/crc/index_framework.html).

Atención o cuidados a largo plazo: se refiere al rango de servicios de salud, a los servicios de cuidado personal y a los servicios sociales ofrecidos a individuos que por tener diferentes grados de discapacidad física o intelectual no son capaces de vivir independientemente. La duración de los servicios es variable y pueden ser ofrecidos por personas en el hogar, la comunidad o en establecimientos destinados a este fin. Estas personas tienen una condición médica relativamente estable y es improbable que su nivel de funcionamiento mejore a través de intervenciones médicas. (Adaptado de Organización Mundial de la Salud. *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons, Japan, 2004.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>).

Curso de vida: enfoque basado en un modelo que sugiere que los resultados en salud, de las personas y la comunidad dependan de la interacción de múltiples factores protectores y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Por lo tanto, cada etapa de vida influye a la siguiente. Los factores se refieren a características ambientales, biológicas, conductuales, psicológicas y al acceso a servicios de salud. Este enfoque proporciona una visión más comprehensiva de la salud y de sus determinantes, que exhorta al desarrollo de servicios de salud más centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida.

(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, D. C.: OPS, 2010. [Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4]. En: Lu M, Halfon N. Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective. Mat and Chil Health J. 2003; 7(1):13-30.

Eficiencia: en este contexto se refiere a la utilización óptima de recursos para alcanzar unos determinados objetivos sociales.

(Resolución CD53.R14, 53.º Consejo Directivo de 2014).

Enfoque de salud familiar y comunitaria: significa que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan. Por último, significa también que las familias y las comunidades son, en sí mismas, receptoras y en ocasiones prestadoras de servicios de salud (p. ej., cuidados en el hogar), respetando todos los tipos de diversidad, es decir, de género, cultural, étnica y cualquier otra que exista en la comunidad.

(Modificado de Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas” Washington, D. C.: OPS, 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Equidad en salud: se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales *(Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D. C.: OPS; 2007).*

Equipo de primer nivel de atención (PNA) multidisciplinario: a grandes rasgos puede incluir cualquiera de los siguientes profesionales y agentes comunitarios (las tres primeras categorías de profesiones de la salud generalmente representan el núcleo mínimo del equipo de PNA): médicos generales, enfermeras, parteras profesionales u obstétricas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, farmacéuticos, odontólogos, gerentes de primera línea y administradores, agentes sanitarios de la comunidad, auxiliares de enfermería, asistentes médicos y tecnólogos médicos.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido, Washington D. C.: OPS; 2013).

Fragmentación (de los servicios de salud): coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. Otras definiciones abarcan: 1) servicios que no cubren toda la gama de atención de fomento, prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; 2) atención de distintos niveles de atención que no se coordinan entre sí; 3) servicios que no se continúan a lo largo del tiempo, y 4) servicios que no se ajustan a las necesidades de las personas.

(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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4. En: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Vol. I, p. 319. Washington, D. C.: OPS; 2007).

Gestión, gestor o gerente de casos: provisión de atención continua a lo largo de diferentes servicios; coordinación e integración de necesidades y recursos en torno al paciente. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta. Se dirige a personas con un nivel de riesgo elevado y que requieren atenciones muy costosas, son muy vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas. El gestor de casos coordina la atención del paciente a lo largo del continuo de atención.

(Smith JE. Case management: a literature review. Can J Nur. Adm. 1998; 11(2):93-109).

Gestor de red: profesional directivo o equipo de trabajo que, sin tener jerarquía directa sobre todos los establecimientos sanitarios de su red, ejerce funciones que favorecen el funcionamiento coordinado del conjunto. Sus funciones principales se relacionan con los ámbitos de gestión y asignación de recursos e incentivos. Es uno de los ordenamientos posibles que se dan como parte de la construcción de gobernanza durante la implementación y operación de las RISS.

(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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Gobernanza: procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego (informales y formales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma sus decisiones y las ejecuta.

(Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22;S35-S45).

Guías de práctica clínica: recomendaciones sistemáticas, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas.

(Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica: desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoría y Gestión, 2002. En: 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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Hospitales: instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados, así como de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los hospitales ofrecen una gran diversidad de servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades, así como a traumatismos o anomalías genéticas.

(Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud*. Disponible en: <https://www.who.int/topics/es/>).

Necesidades en salud insatisfechas: la diferencia entre los servicios que se juzgan necesarios para abordar apropiadamente los problemas de salud y los servicios que son recibidos. Estas son la consecuencia de las barreras de acceso relacionadas con la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad.

(Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Tountas Y, Niakas D. *Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(5):2017-2027. <http://doi.org/10.3390/ijerph10052017>).

Pagos directos de bolsillo (o pagos directos): honorarios o cargos cobrados con frecuencia por las consultas médicas, los procedimientos médicos o de investigación, para pagar los medicamentos y otros suministros, así como para los análisis clínicos. En función del país, lo recaudan las organizaciones gubernamentales, los centros de salud religiosos y los privados. A veces se establecen oficialmente y otras no, como los llamados pagos “bajo la mesa”. A pesar de estar cubiertos por el seguro, los usuarios deben compartir estos gastos (normalmente en forma de coseguros, copagos o deducibles) y pagar de su propio bolsillo en el momento de utilizar el servicio, ya que no están cubiertos por el plan de seguros.

(Adaptado de Organización Mundial de la Salud. *Informe de salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra, OMS; 2010).

Plan nacional de acción: plan maestro intersectorial de amplio alcance para atender los objetivos nacionales en salud a través de la implementación de una estrategia. Este indica qué debe hacerse, quién tiene que hacerlo, en qué periodo y con qué recursos. Es el marco de referencia que conduce a la programación más detallada, a la generación de presupuesto, a la implementación y a la evaluación. Este especifica en términos operacionales los pasos que hay que seguir de acuerdo a la estrategia, teniendo en cuenta los diferentes objetivos y metas que deben alcanzarse, así como los programas para lograrlo.

(Organización Mundial de la Salud. *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Japan: OMS; 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.)

Política nacional de salud: declaración o procedimiento formal llevado a cabo dentro de una institución (principalmente el gobierno), que define los objetivos, las prioridades y los parámetros de acción para dar respuesta a las necesidades en salud, dentro del contexto de los recursos disponibles. (Organización Mundial de la Salud. *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Japan: OMS; 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.)

Primer nivel de atención (PNA): en este documento se ha preferido usar el término PNA en sustitución del término “atención primaria” como forma de evitar confusiones respecto al concepto de atención primaria de salud (APS), que para la OPS representa un enfoque amplio para la organización y la operación del sistema de salud como un todo, y no solo la provisión de servicios de salud del PNA. En todo caso, el término atención primaria, como PNA, se define aquí como la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud que se hace responsable de resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, desarrollando una relación sostenida con la gente y practicando en el contexto de la familia y la comunidad.

(Institute Of Medicine. Primary care: America's health in a new era. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996. En: 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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Rectoría: se refiere al ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es una función de competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales.

(Levcovitz E. “Estructura, Organización y Políticas del Sector”. En Lineamientos Metodológicos: Análisis del Sector Salud (Washington, D.C.: OPS/OMS. En preparación).

Recursos humanos en salud: a efectos de comparación internacional y dada la disparidad de datos disponibles para muchas profesiones, se usa la definición de la OMS que integra a médicos, enfermeras y parteras. Sin perjuicio de ello, se alienta a los países a recoger información sobre todas las profesiones relevantes del equipo de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido, Washington, D. C.: OPS; 2013).

Redes integradas de servicios de salud: red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

(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, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4).

Relación permanente o de largo plazo entre usuarios del sistema y el primer nivel de atención (PNA): en el contexto de este documento se refiere a cuando se establece una relación sostenida entre el establecimiento del PNA y con el usuario de salud a lo largo de sus ciclos de vida.

Resolutividad del primer nivel de atención (PNA): capacidad de un centro del PNA de diagnosticar correctamente y tratar eficazmente a los usuarios que acudan con problemas de salud y que corresponda al nivel de recursos humanos y materiales disponibles en la atención primaria. Esta capacidad se mide a partir de la evaluación de problemas de salud seleccionados como indicadores y por el desempeño de los clínicos, según las definiciones de las guías de práctica clínica.

(Adaptado de Peñaloza B, Leisewitz T, Bastías G, Zárate V, Depaux R, Villarroel L, et al. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(5):376-387).

Salud en todas las políticas: es un enfoque encaminado a mejorar la salud y el bienestar. Se trata de un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tenga en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busque sinergias y evite efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud.

(Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Health in All Policies Framework for Country Action. Washington, D. C.: OPS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>)

Segmentación (de los sistemas de salud): sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingresos, capacidad de pago y posición social. Este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de la población. En términos organizativos, coexisten una o varias entidades públicas (dependiendo del grado de descentralización o desconcentración), la seguridad social (representada por una o varias entidades) y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados de servicios (dependiendo del grado de introducción de mecanismos de mercado y de gestión empresarial durante las reformas sectoriales)”.

(Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Servicios de salud centrados en las personas y la comunidad: significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su curso de vida. Lo anterior significa también que los servicios de salud incorporan los enfoques interculturales, de género y de poblaciones vulnerables en el cuidado de la salud. Implica el grado de conocimiento que el personal de salud tiene sobre la persona; que el cuidado se adapte a las necesidades específicas de la persona; que haya empatía, respeto y confianza; y que el proceso de decisión clínica sea compartido entre el proveedor y la persona. Significa facultar a las personas para que gestionen mejor su salud mediante estrategias tales como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. El cuidado centrado en la persona se vincula también al enfoque centrado en los derechos (y en ocasiones deberes) de las personas o pacientes con respecto a la atención sanitaria, el cual ha sido plasmado en algunos países en las denominadas “Cartas de los Pacientes”

(Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.º 4).

Servicios del primer nivel de atención (PNA): a menudo incluyen, aunque no solamente, la prevención y el tratamiento de enfermedades, los servicios de emergencia de primer contacto que contemplan la estabilización del paciente y la referencia a otro centro, la continuidad de tratamiento y la coordinación con otros tipos y niveles de atención (como hospitales y servicios de especialistas), la atención de salud mental, los cuidados paliativos y de última etapa, la promoción de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño sano, la atención materna, los servicios de rehabilitación, y otros que corresponden al modelo de atención de cada país o al nivel de desarrollo del sistema de salud.

Servicios de salud integrales: se refiere a la gestión y a la prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

(Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Integrated health services –what and why? Technical Brief n.º 1, mayo de 2008. En: OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D. C.: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.º 4).

Sistema de salud: conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.

(Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000).

Telesalud o telemedicina: uso de las tecnologías de la comunicación para ofrecer asistencia en el diagnóstico, tratamiento, cuidado y manejo de condiciones de salud en áreas remotas.

(Organización Mundial de la Salud. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Japan: OMS; 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.)

Trabajadores comunitarios de salud: ofrecen educación, referencia, seguimiento, manejo de casos y servicios de visitas al hogar de grupos vulnerables, a menudo de mujeres en alto riesgo por nacimientos con resultados desfavorables, en particular bajo peso y mortalidad infantil. Generalmente los servicios los proporcionan funcionarios que residen en la comunidad o están familiarizados con ella. Están capacitados para proporcionar a familias y comunidades educación básica de salud, referencia a una amplia gama de servicios, apoyo y asistencia para utilizar los servicios comunitarios y de salud.

(Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D. C.: OPS; 2013).

La Región de las Américas ha avanzado de forma considerable en la mejora de la salud de la población, pero sigue siendo una de las más inequitativas del mundo. Los desafíos son diversos y grandes: millones de personas sin acceso a servicios integrales de salud y sistemas que prestan una atención fragmentada, además de las graves disparidades en los recursos humanos para la salud.

En respuesta a estos desafíos, la OPS adoptó la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* en el 2014, que hace suya la necesidad de transformar o fortalecer los sistemas y servicios para combatir las inequidades en la salud y lograr la salud y el bienestar de todas las personas de la Región.

El presente informe trata los aspectos fundamentales de la aplicación de la estrategia y ofrece a los Estados Miembros recomendaciones prácticas para ayudarlos a planificar y llevar a cabo los cambios que propiciarán el fortalecimiento de los servicios de salud. Examina las recomendaciones prácticas de la primera línea de la estrategia y las tres líneas de acción interrelacionadas. Asimismo, explica cómo seleccionar los servicios y prestaciones que deben priorizarse como parte de la ampliación progresiva de los servicios de salud a las comunidades. Y, por último, considera los temas relacionados con el liderazgo y la gestión del cambio transformador.

Comprender cómo abordar el cambio y estimular la inversión en la salud, el bienestar y el desarrollo de la población es un camino esencial para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
Tel.: +1 (202) 974-3000
www.paho.org

