

Determinación del nivel de integración de las redes de servicios del sector salud en la frontera norte de Ecuador - 2009

Pedro López-Puig ⁽¹⁾, Liuba Alonso Carbonell ⁽²⁾, Ana Julia García-Milian ⁽³⁾

Resumen

1 Especialista de II Grado en Medicina General Integral; Máster en Atención Primaria de Salud. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.
2 Especialista de II Grado en Farmacología; Máster en Promoción y Educación para la Salud. Centro Para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología.
3 Especialista de II Grado en Farmacología; Máster en Economía de la Salud. Investigador auxiliar.

Contexto: La fragmentación de los servicios de salud es causa importante de bajo desempeño de los sistemas de salud.

Objetivo: Identificar la presencia de atributos y componentes en la red de servicios de salud del nivel primario de atención y determinar su nivel de integración en la frontera norte del Ecuador.

Métodos: Estudio transversal descriptivo sobre el área de influencia del Plan Ecuador (provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos y Orellana). Mediante muestreo de casos críticos se incluyeron 109 sujetos correspondientes a directivos y prestadores de las provincias de la zona norte del país, a quienes se aplicó un instrumento para identificar la presencia de atributos en la red y otro para determinar el nivel de integración de los mismos. Se calcularon los Índices de Integración para cada atributo, según sus componentes y el Índice General de Integración de cada provincia.

Resultados: Los atributos relativos a servicios de especialidad, gobernanza participativa, sistema de información integrado, financiamiento adecuado y acción intersectorial amplia, que constituyen el 42% del total explorado, estuvieron ausentes en la red de servicios de las provincias. La presencia de recursos humanos suficientes fue identificada en tres provincias (Carchi, Imbabura y Orellana). El Índice de integración por atributos solamente tuvo un valor aceptable en aquel relativo a "primer nivel de atención que resuelve la mayoría de necesidades". Las provincias de Imbabura y Esmeraldas exhibieron los Índices Generales de Integración más bajos.

Conclusiones: Menos de la mitad de los atributos necesarios para la integración en las redes de servicios de salud están presentes en las provincias estudiadas, pero se encuentran fragmentados o parcialmente integrados. Es imperativo el desarrollo de estrategias de intervención individualizadas a la realidad de cada provincia.

Dirección para correspondencia:
Pedro López-Puig, Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba
E-mail: plp@ensap.sld.cu

Palabras claves:
Atención primaria de salud, Redes de servicios de salud, Ecuador.

Recibido:
06 - Julio - 2009
Aceptado:
02 - Octubre - 2009

Rev Fac Cien Med (Quito) 2010; 35: 8 - 19.

Introducción

Asegurar el funcionamiento de las redes de salud de manera eficiente y eficaz, con calidad y calidez hacia los usuarios, en un marco de equidad mediante la elaboración y evaluación de políticas, normas y estrategias para la implementación del modelo de atención y gestión en red está dentro de los propósitos de los sistemas de salud ^(1,2).

A estos objetivos se suma la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) haciendo un llamado a desarrollar la integración de los sistemas de salud y sus redes de servicios en la región y trazar estrategias locales para la solución de los problemas que se detecten en esta importante esfera de atención ⁽³⁾. Para ello promueve la Iniciativa sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con el propósito de contribuir al proceso de reformas de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria a la Salud (APS) y

por ende, a que la prestación de servicios de salud sea más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfaga las expectativas de los ciudadanos¹⁴.

Esta organización ha propuesto trabajar 12 atributos consensuados en Bello Horizonte en noviembre del 2008 por los representantes de 32 estados miembros¹⁵. Los mismos permiten sistematizar la información pertinente a una red de servicios de salud; y, elaborar estrategias de diseño, implementación y evaluación para las mismas que generen altos niveles de integración; de tal forma que a nivel local se puedan también trazar estrategias para la solución de los problemas que se detecten en esta importante esfera de atención dentro de los sistemas y redes de servicios a la salud¹⁶.

Utilizando una metodología que caracteriza estos atributos y sus componentes de acuerdo a su presencia en una red de servicios, su grado de importancia para los actores de la red y escalando el nivel de integración que han alcanzado entre sus distintos componentes, se pueden identificar – con base científica – las debilidades y priorizar las áreas de intervención.

El Gobierno de Ecuador propone una visión de desarrollo basada en la ampliación de libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos y la sociedad en su conjunto¹⁷. En este contexto, ha desarrollado una estrategia de intervención integral en la frontera norte llamada Plan Ecuador¹⁸, la cual tiene como propósito fundamental consolidar la seguridad y una cultura de paz centrada en el ser humano, la satisfacción de sus necesidades y la potenciación de sus capacidades y libertades. Además, busca mantener una política de relaciones internacionales equitativa y solidaria, y afirmar una política de defensa basada en la protección de la población, de los recursos naturales, del patrimonio nacional y el control efectivo de su territorio. La población asentada en el área de influencia del Plan Ecuador comprende las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos y Orellana, alcanzando aproximadamente 1.276.625 habitantes¹⁹.

En el periodo del 9 de febrero al 5 de Marzo del 2009 se efectuó un estudio de la red del nivel

primario de atención en las cinco provincias de la Frontera Norte del Ecuador. El mismo pretende constituir un aporte para la conformación de las Redes Integradas de Servicios en Salud para el país, en virtud de que proporciona una base instrumental y de procesos aplicables a un contexto dado, que sirve a los sistemas y redes sanitarias para la toma de decisiones en el momento de diseñar e implementar intervenciones necesarias para el mejoramiento de las redes vinculadas a un modelo o estrategia sanitaria. Además, proporciona información al Ministerio de Salud Pública del Ecuador sobre el momento particular de integración de su red de servicios en el nivel primario de atención. En este manuscrito se presenta la investigación realizada con el propósito de identificar la presencia de atributos y componentes en la red de servicios de salud del nivel primario de atención y determinar su nivel de integración en la frontera norte del Ecuador.

Métodos

Se realizó un estudio transversal y descriptivo, en la categoría de investigación en sistemas y servicios de salud. El universo de estudio comprendió la totalidad de prestadores, directivos y líderes formales vinculados a los servicios de salud del primer nivel de atención en las cinco provincias de la frontera norte de Ecuador (Esmeraldas, Carchi, Sucumbíos, Imbabura y Orellana). La muestra, seleccionada por un método de casos críticos, quedó constituida por 109 sujetos que incluían directivos y prestadores distribuidos de la siguiente forma: Esmeraldas (23 casos), Carchi (22 casos), Imbabura (24 casos), Sucumbíos (20 casos) y Orellana (20 casos).

Se diseñaron dos instrumentos: uno para identificar la presencia de atributos y componentes en la Red y el otro para determinar el nivel de integración de los mismos. La validación de ambos se realizó con expertos del país teniendo en cuenta los criterios de Moriyama²⁰. Previa su aplicación se realizó un taller metodológico a la muestra incluida, con el propósito de nivelar conocimientos referentes a conceptos y contenidos relevantes relacionados con la temática, así como un entrenamiento en el llenado de los cuestionarios.

Para la operacionalización de las variables se tuvo en cuenta los atributos propuestos por la OPS como necesarios para conformar Redes Integradas de Servicios de Salud¹⁰ y los elementos constitutivos (componentes) de cada atributo (**anexo 1**). Para cada atributo se identificaron sus elementos constitutivos (variables) por parte de un grupo de expertos de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Los atributos fueron evaluados en una escala de presente/ausente y el nivel de integración como fragmentado, parcialmente integrado e integrado, según escala propuesta por la OPS¹⁰. En este sentido, se tomó en cuenta el nivel de integración que le otorgó cada uno de los encuestados al atributo y componentes evaluados, asignando a cada respuesta un puntaje entre 0 y 2, siendo fragmentado= 0, parcialmente integrado= 1 e integrado= 2.

Se calculó el puntaje máximo a obtener para cada atributo, de acuerdo al total de encuestados de forma colectiva (puntaje ideal) y se determinó el puntaje real que se obtuvo para cada atributo y cada componente. A partir de lo anterior se calculó el Índice de Integración para cada atributo (**IA**); el Índice de Integración del atributo según sus componentes (**IC**) y el Índice General de Integración (**IGI**) de cada provincia estudiada; **tabla 1**. Estos índices permiten

establecer comparaciones entre distintas provincias, municipios y cantones (según la denominación local) y pueden utilizarse para la construcción de un informe de país, visualizar rápidamente la situación de integración de un atributo en particular, sus componentes o la red en su conjunto, y determinar el momento de integración y emitir juicios de valor en cuanto al movimiento del gradiente hacia la integración o hacia la fragmentación.

Para los valores obtenidos en el cálculo de los índices se estableció un nivel de aceptabilidad mayor de 0.5. Así, se consideró que un valor superior a 0.5 (más del 50% de los posibles puntos a obtener) indicaría que el progreso en la integración de la red para el atributo, sus componentes o la totalidad de la red, se encuentra en un momento favorable, del proceso continuo fragmentación-integración. Se consideró el momento de integración no favorable para índices menores de 0.5.

Resultados

La presencia de los atributos propuestos por la OPS fue explorada en todas las provincias. Los atributos número 4 (servicios de especialidad), 7 (sistema de gobernanza participativo), 10 (sistema de información integrado), 11 (financiamiento

Tabla 1. Fórmulas utilizadas para el cálculo de los Índices de Integración

IA=	Puntaje del atributo / Puntaje máximo posible a obtener
IPC=	Puntaje obtenido en cada componente / Puntaje máximo posible a obtener para cada componente
IC=	Índice de integración por componente / Total de componentes del atributo
IGI=	Sumatoria del puntaje obtenido para cada atributo / Total de atributos
IA: Índice de integración del atributo; IPC: Índice de integración por componente; IC: Índice de integración del atributo según sus componentes; IGI: Índice general de integración.	

adecuado) y 12 (acción intersectorial amplia) que constituyen el 42% del total explorado, estuvieron ausentes en la red de servicios de estas provincias.

Los atributos 4, 10 y 11 fueron reportados como ausentes en todas las provincias estudiadas, mientras que el atributo 7 sólo estuvo presente en Orellana. La presencia del atributo 9 (recursos humanos suficientes) fue identificada por la mitad de los encuestados y estuvo presente en tres provincias (Carchi, Imbabura y Orellana). El atributo 12 (acción intersectorial amplia) no se encontró en tres de las provincias estudiadas; **tabla 2**.

Desde el punto de vista global el Índice de Integración por atributos (IA) solamente tuvo un valor aceptable (sobre el 50% de los puntos posibles a obtener) en el atributo 3 (primer nivel de atención que resuelve la mayoría de necesidades).

Con respecto al Índice de integración por componentes (IC), que resume el nivel de integración en el cual los encuestados perciben

los componentes de cada atributo, se pudo observar un resultado similar al IA, pero en este caso ninguno de los IC fue superior a 0.5; **figura 1**. La provincia que se encontró en mejores condiciones de integración fue la de Orellana, seguida por Carchi, Sucumbíos y Esmeraldas, todas en un nivel intermedio respecto a la totalidad de las provincias del norte ecuatoriano evaluadas. La provincia de Imbabura fue la que exhibió niveles más bajos de integración en su red de servicios, de acuerdo a los resultados de la investigación operativa. Si tomamos 0.50 como nivel aceptable de integración para el índice IA, solo los atributos 1, 3, 6, 9 y 12 se encontraron en esa categoría.

El IGI más bajo lo exhibió la provincia de Imbabura con 0.25, seguida de Esmeraldas con 0.36. Las provincias de Sucumbíos y Carchi se encontraron en un nivel intermedio y Orellana fue la que mejor situación de integración exhibió, de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada, aunque distaba mucho aún del valor de aceptabilidad que se predeterminó para el estudio; **figura 2**.

Tabla 2. Presencia de atributos por provincias según encuestados. Ecuador, Febrero - 2009.

Atributos	Esmeraldas n=20	Carchi n=22	Imbabura n=24	Orellana n=20	Sucumbíos n=23	Global n=109
1 Población y necesidades	100	100	87.5	10.0	80.0	91.7
2 Servicios de salud	65.2	86.4	70.8	75.0	20.0	64.2
3 Primer nivel de atención	87.0	86.4	54.2	75.0	65.0	73.4
4 Servicios de especialidad	43.5	40.9	29.2	25.0	30.0	33.9
5 Coordinación asistencial	26.1	50.0	50.0	65.0	30.0	44.0
6 Cuidado de la salud	73.9	77.3	79.2	90.0	65.0	77.1
7 Sistema de gobernanza	43.5	31.8	33.3	50.0	25.0	36.7
8 Sistemas administrativos	73.9	59.1	58.3	60.0	35.0	57.8
9 Recursos humanos	39.1	68.2	54.2	60.0	30.0	50.5
10 Sistema de Información	26.1	36.4	25.0	35.0	15.0	27.5
11 Financiamiento adecuado	39.1	36.4	41.7	20.0	10.0	30.3
12 Acción Intersectorial	26.1	50.0	37.5	75.0	20.0	41.3

Los datos se presentan como porcentaje (%) de presencia del atributo.
Los atributos se han expresado de forma resumida. Detalles ver Anexo-1.

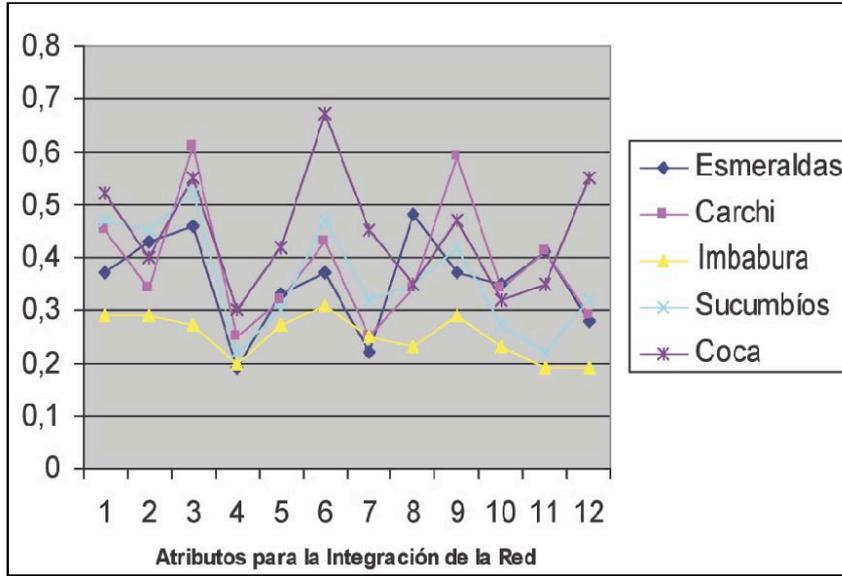


Figura 1. Índice de Integración por Atributos. Provincias bajo influencia del Plan Ecuador. Situación determinada en ebrero de 2009

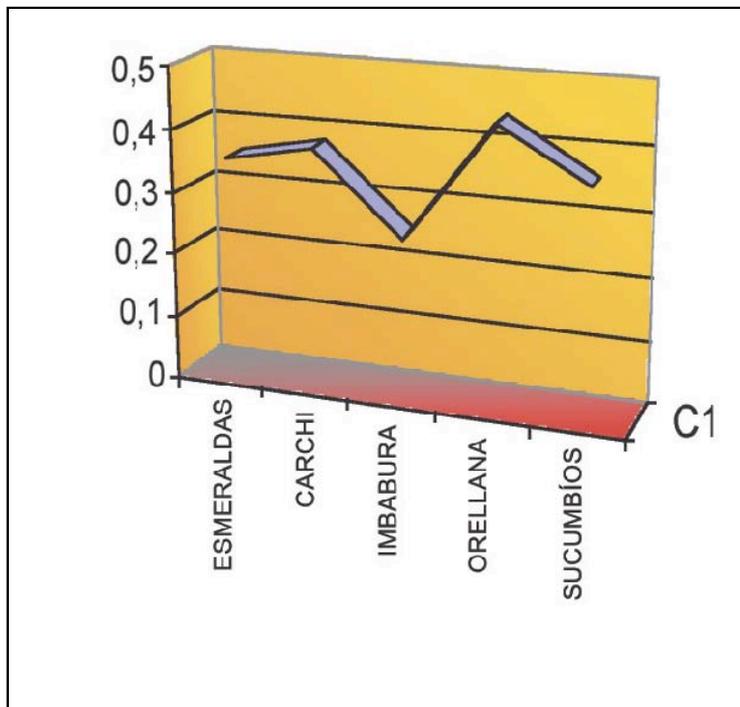


Figura 2. Índice General de Integración. Provincias bajo influencia del Plan Ecuador. Situación determinada en febrero de 2009.

Discusión

La concepción de integración/fragmentación en una Red de Servicios de Salud presupone un par dialéctico susceptible de ser evaluado a través de un gradiente. Se atribuyen para su estudio un conjunto de atributos que pueden tener un grado y gradiente de integración/fragmentación distinto, ejerciendo influencia sobre el sistema y la red de servicios de forma variable.

Como elemento adicional de complejidad, cada uno de estos atributos tiene un número variable de elementos constitutivos o componentes, que ejercen influencia variable en el movimiento interno de cada atributo hacia la fragmentación o hacia la integración. La ausencia de casi la mitad de los atributos explorados representa una reserva importante de mejora y posibilidad de intervención inmediata para los decisores del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, en temas básicos como la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado. La rectoría de la red, los sistemas de gestión de la información de la red, el diseño y la gestión del financiamiento y el desarrollo de los vínculos intersectoriales, son otros de los componentes en los cuales se puede intervenir, mediante la estrategia de fortalecimiento de la protección social en salud para el desarrollo integral de la población de esta zona del país.

La ausencia del cuarto atributo (servicios de especialidad) en las provincias del norte, implica que en sus redes de servicios no se ejecutan los procesos de redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias y reasignación del personal correspondiente, lo que implicaría una readecuación del número de camas, disponibilidad de personal para otros espacios de la red y re-canalización de financiamiento. Tampoco hay desarrollo de procesos de re-ingeniería que incluyan adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería. Por otra parte, no hay propuestas en la red para proporcionar incentivos financieros y no financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo efectividad

ni tampoco alineación de los incentivos de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema.

La ausencia de un sistema de gobernanza participativo y único para todo el sistema integrado de servicios de salud, implica que no está bien definida para toda la red la misión y la visión del sistema, elemento éste de evidente debilidad estratégica.

La formulación general de las políticas de salud se complementa con su adecuación a la realidad concreta de las localidades asegurando la participación comunitaria. Su ejecución la hacen las diferentes estructuras gubernamentales y no gubernamentales, las instituciones de todo tipo, las comunidades, familias e individuos, mediante el adecuado balance de sus responsabilidades específicas^[12].

Tampoco está bien estructurada la función de monitoreo y evaluación del sistema, con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado, y no hay desarrollo en la normalización de las funciones clínicas y administrativas del sistema. Para este atributo también está afectado el aseguramiento de una financiación adecuada para la organización y no está bien asumida la efectividad del desempeño del MSP, como órgano del gobierno. Estos resultados no coinciden con lo recomendado por la literatura donde los criterios de ordenación de recursos deberán adecuarse a las necesidades sanitarias de la población, a la oferta de servicios y a su demanda previsible^[13].

Para los países de la región, dadas sus características sociales y de distribución de los recursos, los objetivos de ampliación de la cobertura y equidad en el acceso no se puede lograr con un financiamiento sustentado únicamente en los mecanismos de mercado, en los cuales la capacidad de pago depende principalmente de los ingresos familiares, debiendo el Estado asumir su papel como ente rector para corregir las fallas del mercado que limitan el acceso a los servicios de salud^[14]. Uno de los retos en el campo de la teoría y práctica de la salud pública sigue siendo el responder, desde el punto de vista financiero, a las grandes transformaciones que se manifiestan en el sector de la salud.

El tema de recursos humanos está firmemente asociado a las definiciones de política que van dando forma a los sistemas de salud (modelos de regulación, atención, gestión y financiamiento principalmente). En este sentido, la coherencia entre definiciones de política e instrumentos legales y financieros de que se dispone en cada realidad (marcos regulatorios) son los elementos centrales a ser analizados en función de mejorar las prácticas vigentes. Desde esta perspectiva, existen acciones y decisiones que deberían facilitar la organización y funcionamiento coherente de los sistemas de salud¹¹⁵.

En nuestro estudio, la ausencia de este atributo deberá ser objeto de intervención inmediata, pues la misma implica una mala planificación del recurso humano necesario al diseño del Sistema de Servicios de Salud; estrategia formativa inadecuada y sin mecanismos claros de formación permanente. Una inadecuada creación de puestos de trabajo y la no adecuación de competencias para los nuevos roles, es una debilidad de los servicios que allí se prestan. Se evidencia además poco desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos. Todos estos elementos son fundamentales para el sostenimiento del modelo y deberán ser atendidos prioritariamente si se tiene en cuenta que la gestión integral de los Recursos Humanos sustenta su principal pilar en la identificación y desarrollo de una serie de competencias básicas que han de ser el motor de la organización y la clave para alcanzar los objetivos. Estas competencias, van más allá del conocimiento técnico de una materia o puesto de trabajo, incluso más allá de la habilidad concreta para poder desarrollarlo. Únicamente aquellas empresas que tienen una estrategia de Recursos Humanos y unos objetivos perfectamente establecidos, consiguen una verdadera implantación de un sistema de servicios basados en la Atención Primaria de Salud según los presupuestos de Alma Ata¹¹⁶.

El nivel de integración de la red afiliada al Sistema de Servicios de Salud no es adecuado desde la óptica de las relaciones e intercambios de información útil al sistema. El sistema de información no es consistente con la misión y objetivos del Sistema de Servicios de Salud. No se realiza una gestión de la información orientada a la

situación de salud de la población, que determine la demanda en la utilización de los servicios. No provee información sobre la trayectoria del paciente independiente del nivel o servicio donde se encuentre, que brinde adecuada y oportuna información clínica y que recoja información sobre la satisfacción de usuarios y gestione información económica pertinente para la toma de decisiones. Este es, sin duda, un atributo que debe ser trabajado con meticulosidad dentro del Sistema de Servicios de Salud, si se tiene en cuenta que una red de información y comunicación coordinada aumenta la eficacia de la acción pública mediante la acumulación de conocimiento y, al mismo tiempo, mejora la eficiencia reduciendo los costes de formación de la toma de decisiones.

Por su parte la ausencia en toda la frontera norte de financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes, trae como consecuencia que se tenga un diseño del sistema de incentivos que no promueve la integración de la red. Además, el financiamiento inadecuado desestimula que cada unidad del sistema se sienta responsable de los costos de su área de desempeño y se involucre con los costos totales. No se logra que el presupuesto se integre a partir de los objetivos globales y el diseño de asignaciones no es flexible, así como la movilidad de los recursos económicos y humanos. No hay desarrollo en el área del pago por resultados, aspecto este de suma importancia para lograr un adecuado funcionamiento del servicio, si se tiene en cuenta que el concepto de brindar iniciativa financiera a los prestadores de salud para mejorar la calidad de atención, conocido como pago por desempeño, constituye una forma potencial de estrechar la brecha entre las normas de atención y la práctica clínica¹¹⁷.

Si bien para todos es conocido que la salud no es un problema sanitario solamente, sino la expresión de vida de la estructura social concreta, y para alcanzarla precisa acciones sectoriales y fundamentalmente intersectoriales, en nuestro estudio la planificación y desarrollo de canales de comunicación y vinculación intersectorial, así como determinación de los niveles de integración que exhibe el sistema que permita tomar medidas concretas sobre los problemas específicos de cada territorio, son componentes sujetos a intervención en esta zona.

Por otra parte, hay poco desarrollo de las competencias de vinculación intersectorial y no se aprovecha el marco legal favorecedor de la vinculación intersectorial y facilitador del comprometimiento. La importancia de la intersectorialidad para los sistemas de salud es aceptada y defendida ampliamente, sin embargo esta demostrado que falta mucho aún para pasar del discurso a la acción y, en consecuencia, a los resultados. Los resultados en la intersectorialidad son mayores en la medida que se logre descentralizar estos procesos y acercarlo, cada vez más, al ámbito local y comunitario; donde los sectores cuenten con el poder y libertad de acción suficiente para conjuntamente enfrentar los problemas, cuyas soluciones permitan alcanzar sus propósitos^[18]. La integración de la atención de salud se plantea como una manera de fomentar el acceso a la asistencia y potenciar la participación, la equidad y la eficacia, sobre todo en momentos en que una crítica escasez de recursos obliga a los planificadores a buscar soluciones nuevas y efectivas en relación con el costo^[19].

Un análisis más profundo hacia el interior de los atributos permite observar que todos tienen debilidades en su desarrollo en alguna de sus áreas de impacto. Por esto, debe establecerse una estrategia global de intervención sobre el modelo en lo concerniente a la integración de sus redes. El hecho de que en ninguna provincia el índice llegara al 50% de los puntos posibles a obtener es consistente con los datos anteriores y permite visualizar, de acuerdo a los resultados, cuales son las provincias con mayores debilidades en la integración de su red de servicios. Sin embargo, debemos resaltar que de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, el índice máximo obtenido dista mucho del valor de aceptabilidad que se predeterminó.

En el caso del Índice General de Integración (IGI), que resume en un indicador trazador general la situación de integración de la red de servicios de toda la provincia, podemos observar dos elementos fundamentales: primero que en ninguna provincia el índice llega al 50% de los puntos posibles a obtener, lo que es consistente con los datos anteriores; y segundo, que permite visualizar, de acuerdo a los resultados, cuales son las provincias con mayores debilidades en

la integración de su red de servicios y sobre las que prioritariamente debería intervenir.

Para ambos índices analizados, la integración se comporta, por lo general mayor en los territorios identificados como de mayor nivel de pobreza, según la medición de pobreza sobre consumo realizada en el periodo del 2005-2006^[20]. Este comportamiento sería el esperado en una red de servicios si se tiene en cuenta que de esta forma se garantiza un uso más eficiente de los recursos disponibles.

Después de este análisis concluimos que están presentes menos de la mitad de los atributos necesarios para la integración en las redes de servicios de salud en las provincias estudiadas. Los atributos presentes en la red de servicios se encuentran fragmentados o parcialmente integrados. Esta situación influye negativamente en el desempeño del modelo y atenta contra la estabilidad de la estructura y los procesos vinculados al mismo, con impacto negativo en sus resultados. La coexistencia de unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud, no permite estandarizar los contenidos, la calidad, el costo y conduce a proveedores que no trabajan coordinadamente o de manera sinérgica, genera incrementos en los costos de la atención y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema^[21].

El desarrollo de estrategias de intervención individualizadas a la realidad de cada provincia, con enfoque de sistema, para revertir la situación detectada dentro del modelo en los elementos contemplados en los atributos ausentes es, a nuestro criterio, un imperativo. Una nueva medición, 6 meses después de implementada dicha estrategia, puede ser un elemento de gran utilidad para visualizar el impacto de las intervenciones sobre el modelo desde la óptica de la integración. Además, la extensión de la investigación al resto de las provincias podría significar un conocimiento más profundo de las redes de servicios en el contexto de país y las particularidades regionales.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

Referencias

- 1 Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. [Disponible en: www.who.int/social_determinants]. Fecha de acceso: Marzo 2009.
- 2 División de Integración de Redes. [Disponible en: www.redsalud.gov.cl]. Fecha de acceso marzo 2009.
- 3 La planificación de acciones panamericanas en materia de salud. Informe Anual de la Directora - 2008. Capítulo 3. [Disponible en: www.paho.org/Director/AR_2008/Spanish/cha_pter_03.htm]. Fecha de acceso: Febrero 2009.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Propuesta del plan estratégico 2008-2012: octubre 2007. Serie de documentos de planificación de la OPS. Documento oficial No. 328. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 5 Consulta regional sobre la iniciativa de OPS/OMS sobre redes integradas de servicios de salud. Noviembre 2008, Bello Horizonte, Brasil. Antecedentes, objetivos, metodología y guía de discusión del documento de OPS/OMS titulado: "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en Las Américas. [Disponible en: http://www.lachealthsys.org/dmdocuments/Antecedentes_Guia_Discusion-ISS.pdf]. Fecha de acceso: Febrero 2009.
- 6 Vázquez ML, Vargas I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Rev Cienc Salud* 2006; 4 (1): 5-9.
- 7 Gobierno del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo. 2007-2010.
- 8 Ministerio de Relaciones Exteriores. Plan Ecuador 2007.
- 9 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Proyección de la población 2007.
- 10 Moriyama IM. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968: 593.
- 11 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. Organización Mundial de la Salud. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 12 Aldereguía CMJ. La sanología hoy. [Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro2/sanologi.pdf>]. Fecha de acceso: Marzo 2009.
- 13 Cartera de servicios de atención primaria. Propuesta de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria (SEMFyC). España: SEMFyC; 2004.
- 14 OPS/OMS. Situación de la salud en América Latina: indicadores básicos 2002. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2001.
- 15 Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR), Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD), Oficina de Gestión de Programas (DPM). Atención Primaria de Salud y desarrollo de recursos humanos. Madrid: Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud; 2003.
- 16 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. [Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Conferencia_Internacional_sobre_Atención Primaria_de_Salud_de_Alma-Ata]. Fecha de acceso: Mayo 2009.
- 17 Glickman SW, Ou FS, Peterson ED y colaboradores. [Efecto positivo limitado de la estrategia de pago por desempeño sobre la evolución del infarto de miocardio]. *JAMA* 2007; 297: 2373 – 80.
- 18 Castell Florit-Serrate P. La intersectorialidad. Conceptualización. Panorama internacional y de Cuba. *Rev Horizonte Sanitario* 2003; 2 (3).
- 19 Integración de la atención de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. [Disponible en: <http://publications.paho.org>]. Fecha de acceso mayo 2009
- 20 Situación de Salud: Ecuador 2006. Quito: OPS/OMS Representación de Ecuador; 2006: 18.
- 21 Ruales J. Elementos críticos de la organización del modelo de prestación para mejorar el acceso y utilización de los servicios de salud. En: Curso "Desafíos de la protección social en salud para la población materno-infantil: equidad, acceso y resultados en salud. México DF, abril 2007. [Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/.../Elementos_criticos_org_modelo_prestacion_mejorar_acceso_utiliz_serv_salud-OPS]. Fecha de acceso: Marzo 2009.

Anexos

Determinación del nivel de integración de las redes de servicios del sector salud en la frontera norte de Ecuador - 2009

Anexo 1. Atributos propuestos por la OPS como necesarios para conformar redes integradas de servicios de salud y sus componentes.

#	Atributos	Componentes de Atributo
1	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema	<p>Identificación de las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad.</p> <p>Conocimiento de la población/territorio a cargo.</p> <p>Elaboración de perfiles sobre la situación de salud tanto de los individuos como de los grupos que la componen e identificación de grupos vulnerables.</p> <p>Conocimientos sobre las necesidades y demandas de salud de cada grupo poblacional.</p> <p>Diseño diferenciado de servicios que respondan mejor a las necesidades específicas de cada grupo.</p> <p>Coordinación de los esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes incluidos otros sectores de la economía.</p> <p>Generar una base de datos sobre la comunidad capaz de actualizarse en el tiempo.</p> <p>Planificación actual y futura de los servicios de salud pública y de atención a las personas.</p> <p>Desarrollo de capacidades para la elaboración de proyecciones y estimaciones sobre necesidades y demandas futuras en materia de salud a saber: número y composición del personal de salud, recursos de capital, programas y servicios de salud necesarios para cubrir necesidades</p>
2	Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, los cuales incluyen servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional	<p>Existencia de amplia gama de establecimientos de salud: centros ambulatorios del primer nivel de atención, centros de enfermería, hospicios, cuidados en el hogar, centros ambulatorios especializados, centros de rehabilitación, centros hospitalarios (solamente para el manejo de cuadros agudos y sub-agudos complicados).</p> <p>Disponibilidad de todos los niveles de atención tanto ambulatorios como intra-hospitalarios</p> <p>Capacidad de proporcionar cuidados a eventos agudos, eventos de largo plazo, situaciones electivas, situaciones de urgencia e integrar cuidados personales con servicios de salud pública.</p> <p>Enfatizar en los servicios de salud pública, servicios de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad.</p> <p>Promover la proximidad geográfica de sus unidades operativas lo mas cercano posible al lugar de residencia de las personas.</p> <p>Capacidad de adecuarse a las diferentes realidades locales mediante ajustes a la oferta de servicios de salud y el desarrollo de sub-regiones al interior del sistema.</p> <p>Preocupación por mantener tamaños poblacionales razonables para: facilitar acceso a servicios, garantizar estandarización y calidad de los servicios especializados y hacer uso apropiado de las economías de escalas.</p>
3	Primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población	<p>El primer nivel provee cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo tiempo y durante todo el ciclo vital.</p> <p>Desarrollo de vínculos más profundos con los individuos la familia, la comunidad y con el resto de los sectores sociales.</p> <p>Facilita la participación social y la acción intersectorial</p> <p>Coordinación del continuo de servicios y del flujo de información a través de todo el sistema de servicios independientemente del sitio de atención, (rol importante pero no el único).</p> <p>Integración de los cuidados personales, de salud pública y los programas focalizados en ciertas enfermedades y/o riesgos específicos a la salud</p> <p>No confinamiento a la provisión de los servicios en los centros de salud.</p> <p>Movilidad del personal a lo largo de toda la red de servicios del sistema garantizar la provisión de cuidados en diferentes sitios como: hogares, escuelas, lugares de trabajo y comunidad en general.</p> <p>Provisión de servicios en el primer nivel de atención por especialistas de distinto orden.</p> <p>Existencia o evidencia o constatación del apoyo y complementación por los otros niveles especializados del sistema al primer nivel incluyendo servicios de protección social.</p>

#	Atributos	Componentes de Atributo
4	Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, los cuales se dan preferentemente en ambientes extrahospitalarios	<p>Ajuste de los servicios en respuesta a las necesidades de salud de la población.</p> <p>Desarrollo de los procesos de sustitución que buscan ofrecer el cuidado de la salud en el sitio más apropiado del continuo de los servicios de salud (desarrollo de ambientes extra-hospitalarios)</p> <p>Entrega exclusiva en centros hospitalarios de cuidados agudos y sub-agudos intensivos.</p> <p>Redimensionamiento de las capacidades de ingreso hospitalarias y reasignación del personal correspondiente (reducción de número de camas etc). "Si es posible de acuerdo a la disponibilidad de servicios ambulatorios y hospitalarios en un área determinada".</p> <p>Desarrollo de procesos de re-ingeniería que incluyen adopción de esquemas de cirugía ambulatoria, hospital de día, cuidados progresivos del paciente, cuidados en el hogar, hospicios y hogares de enfermería.</p> <p>Proporcionar incentivos financieros y no financieros para tratar el problema de salud en el lugar más adecuado del continuo asistencial, considerando criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad, eficiencia y costo efectividad.</p> <p>Alineación de los incentivos de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema.</p> <p>Ajuste de los servicios en respuesta a las necesidades de salud de la población.</p>
5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios	<p>Tipo de modelo de coordinación asistencial: Provisión paralela, gestor consulta, co-provisión de la atención</p> <p>Adecuación del tipo de modelo al tipo de problema de salud y del modelo de atención. (instrumentos de coordinación asistencial: normalización de actividades, normalización de procesos y resultados, adaptación mutua).</p> <p>Formación del RRHH de acuerdo a las necesidades del sistema.</p> <p>Desarrollo de la estandarización de procesos y resultados asistenciales aplicados a problemas de salud. (existencia de guías de práctica clínica, mapas de atención y protocolos)</p> <p>Modelos de coordinación del trabajo ajustados a necesidades. (información vertical, grupos de trabajo interdisciplinarios) (gestión de la enfermedad, gestión de casos)</p>
6	Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio	<p>El cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de las personas.</p> <p>Cuidado en salud personalizado (desarrollo de empatía, respeto y confianza).</p> <p>Proceso de decisión clínica compartido entre el prestador y la persona</p> <p>Enfoque centrado en los derechos y en ocasiones deberes de las personas/pacientes con respecto a la atención sanitaria.</p> <p>Enfoque familiar y comunitario en la dispensación de servicios y tratamientos.</p> <p>Abordaje de los problemas individuales en el contexto familiar, de redes sociales y culturales y circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan.</p> <p>Participación de la comunidad en la identificación de las necesidades de salud, la planeación y la entrega de los servicios.</p> <p>Gobernanza de la comunidad en temas de gestión, gastos, asignación de recursos y evaluación del desempeño del sistema.</p> <p>Desarrollo de iniciativas de base comunitaria donde la comunidad es al mismo tiempo la unidad de análisis y la unidad de intervención</p> <p>Participación comunitaria en el desarrollo de modelos culturalmente apropiados.</p>
7	Un sistema de gobernanza participativo y único para todo el SISS Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico	<p>Que esté bien definida y para la toda la red la misión y la visión del sistema.</p> <p>Que esté bien estructurada la función de monitoreo y evaluación del sistema con el objetivo de garantizar un nivel de desempeño adecuado.</p> <p>Normalización de las funciones clínicas y administrativas del sistema.</p> <p>Asegurar una financiación adecuada para la organización.</p> <p>Asumir la efectividad del desempeño propio, como órgano del gobierno</p>

#	Atributos	Componentes de Atributo
8	Gestión Integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico	<p>Diseño de gestión de sistema adecuados a la complejidad y tamaño del mismo.</p> <p>Implementación de sistemas de mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p>Planificación y Desarrollo de las líneas de servicio clínico (verticalizadas)</p> <p>Planificación y Desarrollo de la gestión de procesos.</p>
9	Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema	<p>Disponibilidad del RRHH para los servicios diseñados.</p> <p>Disponibilidad de RRHH competente</p> <p>RRHH con desempeño acorde a las necesidades de los servicios.</p> <p>Planificación del recurso humano necesario al diseño de SISS.</p> <p>Gestión del RRHH</p> <p>Estrategia formativa. Formación permanente</p> <p>Creación de nuevos puestos de trabajo. Adecuación de competencias para los nuevos roles.</p> <p>Desarrollo de la cultura organizacional y promoción de valores compartidos</p>
10	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros del SISS	<p>Nivel de integración de la red afiliada.</p> <p>Sistema de información consistente con la misión y objetivos del SISS.</p> <p>Gestión de la información orientada a: Situación de salud de la población, demanda en la utilización de los servicios, información sobre la trayectoria del paciente independientemente del nivel o servicio donde se encuentre, información clínica, información sobre la satisfacción de usuarios, información económica.</p>
11	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema	<p>Diseño del sistema de incentivos que promueva: integración del sistema, tratamiento del problema en el lugar más apropiado para el paciente, preservación de la salud.</p> <p>Cada unidad del sistema se siente responsable de los costos de su área de desempeño y se involucra con los costos totales</p> <p>El presupuesto se integra a partir de los objetivos globales.</p> <p>El diseño de asignaciones es flexible así como la movilidad de los recursos económicos y humanos.</p> <p>Transparencia económica</p> <p>Desarrollo del pago per-cápita (por resultados)</p>
12	Acción intersectorial amplia	<p>Planificación y desarrollo de canales de comunicación y vinculación intersectorial.</p> <p>Determinación de los niveles de integración que exhibe el sistema.</p> <p>Desarrollo de competencias de vinculación intersectorial.</p>